

ÉTUDE CRITIQUE

SUR

L'ÉTIOLOGIE ET LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE L'HYSTÉRIE

(A PROPOS D'UN CAS D'HYSTÉRIE CONSÉCUTIF A UNE OVARIOTOMIE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Janvier 1896.

Par Alphonse MARC

Né à LACROUZETTE (Tarn)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE CHARLES BOEHM

Éditeur du Nouveau Montpellier médical

1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✱)..... DOYEN
CARRIEU..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Hygiène.....	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET (✱).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie.....	GRYNFELTT.
Thérapeutique et Matière médicale.....	HAMELIN (✱).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HÉDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Médecine légale et Toxicologie.....	N....
id. Sarda (Chargé du cours)..	N....
Anatomie pathologique.....	N....
id. Bosc (Chargé du Cours).	N....
Opérations et Appareils.....	N....
Microbiologie.....	N....

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL (✱), PAULET (O. ✱)

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants.....	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements.....	PUEGH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	N....
Pathologie externe.....	ESTOR, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. BAUMEL.	MM. RAUZIER.	MM. PUECH.
BROUSSE.	LAPEYRE.	VALLOIS.
SARDA.	MOITESSIER.	MOURET.
ESTOR.	BOSC.	DELEZENNE.
LECERCLE.	DE ROUVILLE.	GALAVIELLE.

MM. H. GOT, *Secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. GRASSET, <i>président.</i>		MM. ESTOR, agrégé.
HAMELIN, professeur.		RAUZIER, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

ALPHONSE MARC.

A Monsieur RAUZIER

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur GRASSET

A MES PARENTS ET AMIS

ALPHONSE MARC.

INTRODUCTION

Au mois de novembre dernier, assistant à la consultation externe de M. le professeur agrégé Rauzier, nous avons eu l'occasion d'examiner une jeune fille, atteinte d'hystérie vulgaire consécutivement à une ovariectomie pratiquée 6 mois avant, par M. le professeur agrégé Estor.

C'était un cas nouveau pour nous, que nous avons suivi avec intérêt et dans lequel nous avons pris l'idée et le sujet de notre Thèse inaugurale. Nous avons dès lors recherché les observations analogues publiées par les auteurs ; nous n'en avons trouvé que 6. Il doit en exister certainement davantage et nous sommes persuadé que, si l'attention était éveillée de ce côté, on trouverait sans doute beaucoup d'hystériques dans le nombre considérable de femmes ovariectomisées. Cette proposition eût pu sembler étrange à une époque où l'opération d'Hégar ou de Battey était couramment mise en œuvre pour obtenir la guérison de la névrose. Les résultats de cette téméraire opération n'ont pas été encourageants, et c'est à l'École française que revient l'honneur d'avoir réagi la première contre l'abus de la castration. Les tendances de la chirurgie moderne sont beaucoup plus conservatrices, et la castration chez la femme, c'est-à-dire l'ablation d'ovaires sains, est à peu près unanimement condamnée.

A côté de nombreux cas d'aggravation, on a rapporté des exemples de guérison et des plus manifestes.

Quoi qu'il en soit, il nous a paru intéressant d'ajouter une observation de plus à celles déjà publiées sur ce sujet.

Nous n'avons pas d'autres prétentions. Notre travail sera plutôt un ensemble éclectique sur la question, une sorte de mise au point, qu'une œuvre réellement originale.

Nos juges voudront bien tenir compte de nos efforts plutôt que du résultat obtenu. Notre expérience est trop courte encore et notre bagage scientifique beaucoup trop léger pour que, sur une question aussi étudiée et par des hommes aussi compétents que ceux qui s'en sont occupés, nous osions prétendre apporter des opinions nouvelles.

Voici quel sera le plan de notre travail :

CHAPITRE I : Aperçu d'ensemble sur les agents provocateurs de l'hystérie.

CHAPITRE II : Traitement de l'hystérie en général.

CHAPITRE III : Aperçu clinique et critique du traitement chirurgical de l'hystérie.

CONCLUSIONS.

Mais, avant d'aller plus loin, il nous reste un devoir bien cher à remplir et dont l'usage n'exclut pas la sincérité. — Que tous nos maîtres de la Faculté de Montpellier reçoivent ici l'expression de notre gratitude pour l'instruction qu'ils nous ont donnée et pour leur bienveillance à notre égard.

Que M. le professeur-adjoint Brousse dont nous avons été l'externe, veuille bien recevoir ici nos remerciements.

Nous ne saurions oublier l'amabilité avec laquelle M. le professeur agrégé Estor nous a toujours reçu. C'est avec un bien grand plaisir que nous saisissons cette occasion pour le remercier des excellents conseils qu'il nous a prodigués à différentes reprises et de l'autorisation qu'il a bien voulu nous donner de publier l'observation de la malade qui fait le sujet de notre Thèse.

Qu'il nous soit permis surtout de dire combien nous sommes reconnaissant à M. le professeur agrégé Rauzier de l'accueil bienveillant qu'il nous a sans cesse témoigné, nous traitant plutôt en ami qu'en élève. Assistant assidu de ses consultations externes, c'est là que nous avons appris la partie la plus essentielle et la plus pratique de la profession médicale : Examiner un malade, poser un diagnostic et discuter un traitement rationnel.

Enfin que M. le professeur Grasset, dont nous avons eu l'heureux privilège de suivre assez longtemps, soit comme externe, soit comme stagiaire bénévole, le puissant enseignement clinique, nous permette de le remercier du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence d'un aussi modeste travail.

ÉTUDE CRITIQUE
SUR
L'ÉTIOLOGIE ET LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE L'HYSTÉRIE

A PROPOS D'UN CAS D'HYSTÉRIE CONSÉCUTIF A UNE OVARIOTOMIE

CHAPITRE PREMIER

Des agents provocateurs de l'hystérie.

Les agents susceptibles, en agissant sur un terrain donné, de provoquer l'hystérie et présentant entre eux et la névrose un rapport bien net de cause à effet, sont nombreux et variés.

Guinon¹, dans son excellente thèse, en a dressé une longue liste, qui, dit-il, n'a nullement la prétention d'être complète. Pas plus aujourd'hui qu'au moment où Guinon écrivait sa thèse, nous ne sommes en droit de clore cette liste, considérant comme connues toutes les causes provocatrices de l'hystérie. « Des recherches nouvelles² amèneront la découverte de faits nou-

¹ Guinon ; Les agents provocateurs de l'hystérie. Thèse de Paris, 1889.

² *Id.*

veaux, si l'on peut s'exprimer ainsi. Car, en réalité, ce ne sont pas les faits qui sont nouveaux, mais bien plutôt l'interprétation qui en est différente ».

Si l'étiologie de l'hystérie reste, même aujourd'hui, forcément incomplète, ce que nous savons et ce qui est certain, c'est que « sa véritable cause n'est pas dans les influences fortuites qui la révèlent, mais bien dans la prédisposition qui crée l'hérédité nerveuse¹ ». L'hystérie n'échappe pas à la loi générale de l'hérédité dans les maladies du système nerveux.

Quel qu'en soit l'agent provocateur, « elle ne germe que sur un terrain préparé par l'hérédité nerveuse ».

Quelle que soit la cause occasionnelle, c'est donc à la prédisposition, au fond névropathique que revient la plus grosse part. Il faut un système nerveux qui ne demande qu'à partir, qui soit sous tension, pour ainsi dire, et sur lequel une cause occasionnelle, essentiellement variable de nature ou d'intensité, suivant l'hérédité plus ou moins mauvaise de l'individu, produise le déclenchement et l'apparition de la névrose.

Ici, comme dans toutes les maladies en général, la question de terrain reste prépondérante et prime tout ; c'est d'elle que provient la plus ou moins grande susceptibilité de l'individu vis-à-vis de tel ou tel agent perturbateur, sa résistance plus ou moins grande à l'affection, et enfin, celle-ci une fois constituée, c'est elle qui fait le pronostic.

Et c'est si vrai, au point de vue qui nous occupe plus spécialement, que Charcot² rapporte l'observation d'un malade, dont l'hérédité nerveuse était fortement accusée du reste, chez lequel un premier accident, coup de canne plombée sur la nuque, ne provoque pas de troubles nerveux. « Les temps n'étaient pas encore venus, paraît-il. » Mais, celui-ci s'alcoolise dans la suite ;

¹ Charcot ; Maladies du système nerveux, tom. I, pag. 291.

² *Id.*, *ibid.* tom. I, pag. 303.

il ajoute un facteur de plus, l'éthylisme, à son hérédité, déjà mauvaise, et un beau jour devient franchement hystérique à la suite de la peur que lui a occasionnée une pile de muids qui s'est renversée sur lui sans lui faire la moindre plaie, ni la moindre contusion. Il est vrai qu'il s'agit là de deux ordres de faits différents et non comparables, mais qui oserait prétendre qu'un nouveau coup de canne n'eût amené le même résultat. D'ailleurs, nous nous occuperons plus spécialement de l'influence des divers traumatismes sur la production de l'hystérie dans la dernière partie de ce chapitre.

Il n'entre pas dans le plan de notre travail de rechercher quelle est cette prédisposition nécessaire, cause fondamentale, sans laquelle les agents provocateurs seraient incapables de faire éclore l'hystérie. Nous renvoyons nos lecteurs aux nombreux travaux parus sur la question et, en particulier, aux remarquables ouvrages de Déjerine ¹, sur *l'Hérédité dans les maladies du système nerveux*. Féré ² *la famille névropathique* ; enfin au bel article de M. le professeur Grasset, sur *l'Hystérie dans le Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales*. — Ce dernier auteur ajoute à l'hérédité nerveuse, l'hérédité diathésique et conclut :

« La tuberculose, est comme toutes les diathèses, une maladie essentiellement générale et constitutionnelle ; la phtisie pulmonaire est une des manifestations de cette maladie ; elle n'en est pas la seule. Les névroses, en général, l'hystérie en particulier, peuvent aussi être la manifestation directe de l'affection diathésique.

» De même que la chorée est souvent de nature goutteuse, de même l'hystérie peut être de nature tuberculeuse, le mot tuberculeux ayant ici son sens nosologique et nullement son sens anatomique. C'est-à-dire que, dans l'hystérie de nature tuberculeuse,

¹ Déjerine ; Thèse d'agrégation, 1886.

² Féré ; *La famille névropathique* (Arch. de Neur.), tom. VII, pag. 1 et 175.

nous ne supposons pas de tubercules dans les centres nerveux. (Cette proposition ne peut être comprise que si l'on admet, comme nous, que les tubercules ne sont pas pathognomoniques de la diathèse tuberculeuse, qu'ils existent sans elle et qu'elle existe sans eux). Essentiellement héréditaire, la diathèse tuberculeuse n'est bien comprise cliniquement que si on la suit dans les familles, derrière ses manifestations variées, à travers les générations successives. On voit alors que l'hystérie peut remplacer la phthisie pulmonaire chez un membre de la famille tuberculeuse au même titre que la méningite tuberculeuse la représente chez un autre et le mal de Pott chez un troisième ».

Quoi qu'il en soit, « toutes ces hystéries provoquées sont rigoureusement équivalentes quant à leur nature. Ni les traumatismes, ni les intoxications, ni la fulguration, ni la terreur, ni l'amour même ne sont capables de produire des hystéries distinctes. Ce sont de simples agents de provocation et des plus subalternes ¹ ».

Sans doute, les formes sous lesquelles l'hystérie se manifeste sont innombrables, mais elles ne doivent être considérées que « comme des formes cliniques d'une seule et même névrose ; elles obéissent aux mêmes lois générales, offrent les mêmes stigmates et diffèrent simplement les unes des autres par quelques modalités dans leur expression symptomatique » ².

En disant : hystérie toxique, hystérie traumatique, post-infectieuse... etc..., on n'a d'autre prétention que de rappeler l'élément étiologique, la cause occasionnelle. Au fond, il s'agit toujours d'hystérie sans adjectif.

« C'est bien, dans tous les cas, l'hystérie qui est en jeu, s'écartant seulement de la forme classique par quelques particularités liées à l'élément étiologique » ³.

¹ Baissaud ; Gazette des Hôpitaux, 23 novembre 1889.

² Grasset et Rauzier ; Traité prat. des mal. du syst. nerv., tom. II, pag. 715

³ *Id.*

Ces notions générales étant indiquées, abordons l'étude des agents provocateurs de l'hystérie.

I. — INFLUENCE DES ÉMOTIONS MORALES.

Le rôle des émotions morales vives dans le développement de l'hystérie a été admis de tout temps ; c'est un fait classique, que tous les Traités de pathologie mentionnent et dont les exemples surabondent. Nous n'en citerons que trois, rapportés dans la thèse de Guinon, qui reste encore le meilleur travail ayant paru jusqu'à aujourd'hui sur cette question.

En 1837, Guillerot¹ rapporte, dans sa thèse, l'observation d'une femme devenue hystérique à la suite de la grande émotion qu'elle ressentit en se voyant surprise en flagrant délit d'adultère par son mari.

Le 26 mai 1887, M. Paul Berbez mentionne, à la Société clinique de Paris, un cas d'hystérie survenue à la suite d'un soufflet reçu ; et M. Rendu, dans la discussion qui suivit, cita l'observation d'un étudiant en médecine qui présenta tous les signes de l'hystérie aussitôt après avoir appris que sa fiancée l'avait trompé.

On trouve aussi quelques cas analogues dans les *Leçons du mardi* de Charcot², et en particulier celui d'un homme devenu hystérique à la vue du cadavre tout pantelant de son fils, qui venait de tomber d'un échafaudage.

Parmi les impressions morales les plus vives, celles produites par la peur tiennent certainement le premier rang. Aussi n'est-il pas rare d'entendre dire à des hystériques « que leur maladie leur est venue à la suite d'une peur³ », quelle que soit du reste la nature

¹ De l'imagination et de son influence sur la santé et les maladies. Thèse de Paris, 1837.

² *Leçons du mardi*, 1889, pag. 292.

³ Mosso (A.) ; *La peur*, 1 volume in-18. Paris, 1886.

de cette peur. Et il n'est pas besoin que cette frayeur soit très vive : un très léger saisissement, ou qui du moins serait tel pour une personne normale, a parfois suffi, agissant sur un cerveau héréditairement prédisposé.

Par contre, et c'est le bon côté de la chose, une frayeur a quelquefois suffi pour faire disparaître une hystérie déclarée. Les faits abondent encore à l'appui de cette assertion. A côté du cas du fils de Crésus, qui, muet depuis de longues années, recouvra subitement la parole, en voyant un soldat ennemi lever l'épée sur son père, Guinon rapporte le cas de cette malade, de la Salpêtrière, atteinte de paralysie, qui s'apercevant qu'elle versait de l'huile au lieu d'eau de Javelle sur le linge qu'elle lavait, fut tellement saisie, que sa paralysie disparut subitement.

Rien n'est donc plus ridicule et parfois plus dangereux que ces menaces faites aux enfants par presque tous les parents, sous prétexte de les faire rester plus sages. On peut en dire autant des contes fantastiques dont on sature et terrifie leurs esprits. La question de l'éducation chez l'enfant, et surtout chez l'enfant prédisposé à l'hystérie, reste très délicate, et on ne saurait trop répéter ce que Brodie ¹ écrivait déjà en 1837, en parlant des accidents hystériques : « On ne peut rendre un plus grand service aux classes aisées de la société qu'en expliquant aux parents combien le système ordinaire d'éducation tend à engendrer la prédisposition à ces maladies ».

Presque tous les auteurs sont unanimes à signaler ce danger ; nous nous contenterons de citer : Briquet ², Cosaubon ³, Charcot ⁴,

¹ Brodie ; *Leçons sur les affections nerveuses locales*, traduct. Aigre, pag. 51. Paris, 1880.

² Briquet ; *De l'hystérie chez les jeunes filles*. Thèse de Paris, 1881.

³ Cosaubon ; *L'hystérie chez les jeunes garçons*. Thèse de Paris, 1881.

⁴ Charcot ; *Leçons sur les maladies du système nerveux*, tom. II^e, pag. 326 et suivantes.

Peugniez¹, Klopath², Goldspiegel³, Steiner⁴, Müller⁵, Grasset⁶.

Pour Guinon, « il y a là véritablement un préjugé à déraciner, mais la tâche n'est pas facile, et ce n'est pas demain que les bonnes d'enfants cesseront de faire peur aux petits êtres qui leur sont confiés ». Comme le dit M. Grasset « il y a plusieurs manières de mal élever le système nerveux des enfants », et tout d'abord les mauvais traitements, les coups ; mais ici la question est plus complexe, le traumatisme lui-même peut s'ajouter à la frayeur.

Le surmenage intellectuel, l'ambition immodérée des parents, qui laissent entrevoir à leurs enfants des « horizons d'ascension sociale indéfinis », comme aussi, dans le sens opposé, une vie oisive et frivole, la contrariété des aspirations légitimes de l'enfant, etc..., etc..., peuvent devenir autant de facteurs de la névrose.

Que conclure de tout cela au point de vue pratique ? C'est que, si l'éducation doit être surveillée avec soin chez tous les enfants, à plus forte raison doit-on redoubler de tact et de surveillance lorsqu'il s'agit d'un candidat désigné à l'hystérie.

A côté des émotions morales, un autre agent provocateur de l'hystérie est l'imitation, la contagion nerveuse.

Tout le monde connaît les faits de Harlem, rapportés par Boernhave. « Bailly raconte qu'un jour de première communion à l'Eglise Saint Roch, une fille fut prise tout à coup de convulsions hystériques pendant la messe, dans l'espace d'une demi-heure, 50 à 60 femmes eurent des convulsions semblables ».

« La vue d'une attaque peut en provoquer une semblable chez

¹ Peugniez ; De l'hystérie chez les enfants. Thèse de Paris, 1883.

² Klopath ; Etude sur l'hystérie infantile. Helsingfort, 1888.

³ Goldspiegel ; *Id.* Thèse de Paris, 1888.

⁴ Steiner ; Jahrb. für Kinderheilk, tom. XIV, pag. 206.

⁵ Müller ; Allg. Zeitsch. für Psychiatrie. Bd 30, pag. 380.

⁶ Grasset ; art. Hystérie, du Dict. encycl. des Sc. méd.

un névrosique qui n'avait pas encore eu cette manifestation. Et il n'y a pas seulement là l'émotion, le choc moral produit par la vue d'un spectacle dramatique. Il y a souvent une vraie imitation, puisque l'attaque provoquée reproduit plusieurs traits de l'attaque provocatrice » (Grasset ¹).

Les relations d'épidémies d'hystérie abondent. Dans son livre, Richer étudie toutes celles qui se sont produites depuis le moyen âge jusqu'en 1888. Jules Simon, Armangaud, Wichmann, en ont relaté.

Les pratiques de spiritisme, les tentatives d'hypnotisme, soit dans un but de curiosité ou d'amusement, soit dans un but scientifique ou thérapeutique ou enfin dans un but d'exploitation, parce que ces essais ou ces faits ont de surnaturel ou de merveilleux pour les assistants, d'énervant et de fatiguant pour le sujet, sont des meilleurs agents provocateurs de l'hystérie. Les cas de ce genre ne sont pas rares. Charcot ², Lombroso, Seglas ³, en ont recueilli et publié de nombreux exemples chez les enfants et chez les adultes ; Guinon en rapporte lui-même 6 observations des plus probantes. On a tellement bien reconnu le danger de pareilles exhibitions qu'en avril 1888, l'interdiction des représentations théâtrales des magnétiseurs fut votée à l'unanimité par la Société de Médecine légale.

A toutes les causes morales déjà passées en revue, nous pouvons ajouter la désunion dans le mariage, la vie en commun rendue impossible par des tracasseries sans cesse renouvelées, des coups d'épingles incessants. « Les hystéries nées dans ces enfers, dit M. Grasset ⁴, sont à peu près impossibles à guérir

¹ Grasset ; art. Hystérie, in Dict. des Sc. méd.

² Charcot ; Revue de l'Hypnotisme, 17 mai 1887, pag. 326. — Leçons du mardi, 12^e leçon, pag. 247.

³ Seglas ; Les dangers de l'hypnotisme. Ann. méd. Psych., 7^e série, tom. X, 1889, pag. 103.

⁴ Grasset ; *Loc. cit.*

parce que tout essai de cure est un travail de Pénélope, la cause persistant malgré tous vos efforts.

« Soit que l'un des deux conjoints se trouve inférieur à l'autre, soit que la femme se trouve incomprise et ne trouve pas dans son mari l'idéal que son imagination dévergondée et déjà névrosique de jeune fille avait révélé. »

Les tracasseries, les préoccupations, les soucis, les contrariétés de toute sorte, les revers de fortune, l'ennui, les déceptions, les affections contrariées, agissent dans le même sens, mais il faut évidemment un système nerveux prédisposé.

II. — INFLUENCE DES MALADIES GÉNÉRALES ET INFECTIEUSES.

L'influence des maladies générales et infectieuses comme agent provocateur de l'hystérie constitue un chapitre de pathologie de date relativement récente. On trouve bien dans les anciens auteurs¹ quelques observations d'hystérie consécutive à des maladies plus ou moins graves, mais les faits de cette nature sont plutôt considérés comme une coïncidence que comme un facteur étiologique. C'est à Charcot et à son école que nous devons l'interprétation de ces faits.

Depuis, de nombreux travaux se sont succédé et diverses théories ont été émises sur la pathogénie de l'hystérie.

Pour ne parler que des principales, nous citerons :

1° La théorie de Guinon, théorie de l'auto-suggestion, qui résume les idées de l'école de la Salpêtrière, et que l'auteur applique à toutes les formes d'hystérie sans distinction ;

2° La théorie mécanique ou théorie de l'asthénie. Les maladies agiraient en déterminant un épuisement général qui retentit

¹ Sydenham ; *Schedulæ moritioria*, tom. I, pag. 364.

profondément sur un système nerveux prédisposé. Gubler, Kirn, Guinon L. en ont été les défenseurs;

3° Théorie de l'anémie cérébrale ;

4° Théorie de la congestion cérébrale ;

5° Théorie infectieuse sortie de l'école de Montpellier.

Il ne nous appartient pas de discuter ces différentes théories et de prendre part au débat qu'elles ont soulevé et qui dure encore. Si ces diverses théories ne sont pas généralisables et pèchent parfois par exagération, elles sont toutes susceptibles, dans certains cas, d'expliquer la production de la névrose, mais cela, rien « qu'autant qu'elles supposent au dessus d'elles l'hérédité, soit névropathique, soit arthritique » (Crespin)¹. Qu'il nous soit permis de dire que la théorie infectieuse est celle qui satisfait le plus notre esprit et celle à laquelle nous croyons réservé le plus grand avenir. En effet plus les travaux se multiplient, plus l'on voit l'infection envahir et expliquer la néuropathologie.

Quoi qu'il en soit, les observations d'hystérie consécutive à des maladies aiguës ne sont pas rares. Landouzy, dans sa thèse d'agrégation, Furet, Charcot, Grasset, rapportent chacun un cas d'hystérie consécutive à la fièvre typhoïde.

Bon nombre d'auteurs ont signalé de même des hystéries consécutives aux autres maladies infectieuses telles que : pneumonie, scarlatine, diphtérie, rhumatisme articulaire aigu, variole, rougeole, pleurésie ; nous renvoyons pour la bibliographie de ces divers cas à l'ouvrage de M. Gilles de la Tourette², où nous les avons puisés. Enfin, il y a peu de temps, notre ami le Dr Raynaud³ a apporté dans sa thèse 25 observations d'hystérie post-grippale.

¹ Crespin ; Essai d'interprétation pathologique de certaines névroses post-infectieuses. Thèse de Lyon, 1891-92, n° 628,

² Gilles de la Tourette ; L'hystérie normale, 1891.

³ Raynaud ; De l'hystérie post-grippale. Thèse de Montpellier, 1895.

Les maladies générales chroniques, infectieuses ou non, peuvent aussi jouer vis-à-vis de l'hystérie le rôle d'agents provocateurs.

De nombreux travaux ont paru sur la question, et le diabète, l'impaludisme, la syphilis, la chlorose, l'anémie, la tuberculose, ont été incriminés tour à tour.

A côté de ces affections générales, Guinon place les « états pathologiques plus ou moins nettement définis, isolés ou combinés, aboutissant en fin de compte à un affaiblissement physiologique des plus favorables au développement de l'hystérie. »

Les hémorrhagies de toutes sortes, plus ou moins graves, les saignées trop souvent répétées, le surmenage physique et moral, surtout les fatigues excessives de la vie militaire, l'onanisme à outrance et les excès vénériens, par les excitations répétées du système nerveux et l'épuisement qu'ils provoquent, agissent tous dans le même sens.

III. — INFLUENCE DES MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX.

Il est inutile d'exposer ici les diverses théories émises sur le rôle des organes génitaux dans la production de l'hystérie, et de parler des essais infructueux qui ont été tentés pour mettre la névrose sous la dépendance d'une lésion connue ou inconnue de ces mêmes organes.

Tout le monde convient que l'hystérie a été mal nommée ; certains auteurs ont même essayé de la débaptiser : Piorry a proposé la dénomination de *neuropathie* et Lanoëlle de Lachaize celle de *tarassïs*.

La question est aujourd'hui définitivement jugée ; ce n'est pas dans l'appareil génital seul qu'il faut chercher la cause de l'hystérie. La « lésion de l'un quelconque des organes génitaux, dit Bernutz¹, n'est pas indispensable pour que l'hystérie se déve-

¹ Bernutz; Dict. de méd. et de chir. prat., art. Hystérie.

loppe ; cette maladie peut exister sans qu'il y ait d'affection génitale ».

Cependant, on sait que la compression de la région ovarienne chez la femme, du scrotum chez l'homme, peuvent parfois déterminer ou arrêter une attaque.

Cette douleur dite ovarienne a-t-elle réellement pour siège l'ovaire ?

Charcot et son école répondent par l'affirmative, et on trouve partout citée l'observation de ces deux malades pendant la grossesse desquelles l'hyperesthésie ovarienne remonta en même temps que leurs ovaires.

Ne s'agirait-il pas plutôt de la compression des plexus nerveux, dont est si riche la région iliaque, ou du plexus nerveux qui innerve l'ovaire. Nous savons qu'il existe assez souvent chez l'homme une zone pseudo-ovarienne. D'autre part, Pitres a irréfutablement démontré que dans bien des cas ces points d'excitation siégeaient uniquement dans les tissus cutanés et que les organes sous-jacents n'étaient nullement en cause.

Chez notre malade enfin où l'absence d'ovaire a été constatée à gauche, il existe une zone pseudo-ovarienne des plus nettes, aussi nous semble-t-il que la dénomination de zone iliaque serait préférable à celle de zone ovarienne, elle ne préjugerait rien et pourrait s'appliquer à tous les cas.

D'après les considérations qui précèdent, c'est assez dire que l'ovariotomie normale justement abandonnée aujourd'hui, doit être absolument réprouvée ; nous reviendrons sur cette question dans notre dernier chapitre, consacré au traitement chirurgical de l'hystérie.

Nous concluons, avec Briquet, que les maladies des organes génitaux ne prédisposent pas beaucoup plus que celles des autres organes à contracter l'hystérie. Nous pensons aussi, avec Gilles

de la Tourette ¹ que « ces maladies dans le sexe féminin et quelquefois dans le sexe masculin prédisposent à l'hystérie au même titre que les affections débilitantes ».

Elles peuvent encore agir par un autre mécanisme, par les préoccupations et l'hypochondrie, qu'il n'est pas rare de leur voir amener chez certains individus. Dans ce cas, à la débilitation qui peut exister, se joint le rôle des impressions morales. Et de fait, les hystéries ayant pour point de départ une lésion de l'appareil génital ne sont pas rares.

M. Grasset ² fait remarquer que l'hystérie est plutôt produite par les lésions légères de l'appareil génital ; « c'est, du reste, ajoute-t-il, la loi générale de la production des actes réflexes, de simples déviations entraînent plus facilement l'hystérie que des cancers. »

La grossesse, les accouchements ont, été notés comme ayant une influence, et Guinon ³ rapporte deux observations d'hystéries, l'une réveillée, l'autre développée à la suite d'un accouchement. D'autres auteurs ont vu dans la grossesse un agent frénateur de l'hystérie et ont conseillé le mariage précisément dans l'espoir de guérir cette névrose. Les avis sont excessivement partagés ainsi que l'ont montré MM. Tarnier et Budin ⁴ dans un chapitre spécial de leur ouvrage.

IV. — INFLUENCE DES INTOXICATIONS.

L'influence des intoxications comme agents provocateurs de l'hystérie constitue l'un des chapitres de l'étiologie de cette affection, sur lequel les discussions ont été les plus vives. Nous n'en-

¹ Gilles de la Tourette ; *Loc. cit.*, pag. 35.

² Grasset ; *Loc. cit.*.

³ Guinon ; *Loc. cit.*, pag. 214 et 515.

⁴ Tarnier et Budin ; *Traité de l'art des accouchements*, tom. II, pag. 57.

trérons pas dans le détail, cela nous entraînerait trop loin et en dehors de notre sujet. Nous renvoyons ceux de nos lecteurs qui voudraient étudier ce sujet de plus près à la thèse de Guinon et au traité de l'hystérie de Gilles de la Tourette.

Nous nous bornerons simplement à dire que : à côté des troubles nerveux symptomatiques des différentes intoxications, bon nombre d'auteurs ne tardèrent pas à relater des observations où étaient notés d'autres troubles nerveux ne faisant pas partie du tableau classique de la maladie. Il s'agissait pour le saturnisme, par exemple, de troubles de la sensibilité, de phénomènes convulsifs, etc.

Ces faits se rapportaient le plus souvent à des hommes ; or, à ce moment, l'hystérie chez l'homme n'était pas encore admise ou du moins n'était que très peu connue. Aussi, tout en reconnaissant que les phénomènes cités ressemblaient à s'y méprendre à ceux de l'hystérie les auteurs en question faisaient tous leurs efforts pour les en différencier.

Petit¹, en 1875, crée l'hystérie symptomatique. Il constate qu'il s'agit de phénomènes hystériques, mais d'une hystérie sous la dépendance directe et unique de l'intoxication. En un mot, il fait de la névrose un symptôme de l'intoxication.

En 1878, Landolt et Oulmont² s'aperçoivent les premiers que les anesthésies d'origine soi-disant saturnine, sont susceptibles de guérison ou de transfert sous l'influence de l'aimant. Des faits analogues s'accumulent, mais ce n'est qu'en 1886 que Charcot exprima son opinion et conclut qu'il s'agissait non de phénomènes ayant une analogie parfaite avec les phénomènes hystériques, mais de l'hystérie elle-même ; l'intoxication jouant un grand rôle et pouvant imprimer quelques modifications à la névrose survenue ensuite mais n'agissant en somme que comme agent provocateur.

¹ Petit ; De l'hystérie chez l'homme. Thèse de Paris, 1875.

² Landolt et Oulmont ; Progrès médical, 1878.

Le terme d'hystérie toxique, que Debove et Achard¹ furent les premiers à employer, ne doit donc avoir d'autre prétention, d'après l'école de la Salpêtrière, que de rappeler l'élément étiologique.

Parmi les intoxications susceptibles de provoquer la névrose, on a mentionné jusqu'ici : le saturnisme, dont Guyon donne déjà onze observations, l'alcoolisme héréditaire ou personnel², l'hydrargyrisme³, l'intoxication par le sulfure de carbone⁴, le nicotisme⁵, le morphinisme⁶.

Cette liste est loin d'être complète, et bien d'autres agents toxiques s'y ajouteront certainement dans un avenir plus ou moins rapproché.

Il n'y a pas que les intoxications lentes et chroniques qui puissent provoquer l'hystérie chez certains sujets, ajoute Guinon⁷, les empoisonnements aigus peuvent également produire le même résultat. L'absorption de 20 gram. de camphre, d'une certaine quantité de chloroforme dans un but d'empoisonnement, l'anesthésie chloroformique ont parfois suffi.

Il n'est pas jusqu'aux auto-intoxications qu'on n'ait reconnues capables de provoquer l'hystérie, mais il est beaucoup plus simple, comme le fait observer Guinon, de rapporter au diabète lui-

¹ Debove et Achard ; Société médicale des Hôpitaux, 1879.

² Dagonnet ; Ann. médico-psychol., 1873, pag. 212.

Magnan ; Gaz. hebd. de Méd. et de Chir., 1873.

Juif ; De l'anesthésie alcoolique. Thèse de Paris, 1873.

Debove ; Note sur un cas d'hémianesthésie d'orig. alcoolique. Progr. méd., 1879.

Voir la liste complète dans l'ouvrage de Gilles de la Tourette.

³ Letulle ; De l'hystérie mercurielle. Soc. médic. des Hôpitaux, 12 août 1887.

Voir Gilles de la Tourette.

⁴ Marie ; Hyst. d'intox. par le sulf. de carb. Soc. méd. des Hôp., 3 nov. 1888.

⁵ Gilbert ; Hystérie tabagique. Gazette des Hôpitaux, 12 novembre 1888.

⁶ Neveu-Derothrie ; De l'hystérie consécutive à l'intoxication par la morphine. Thèse de Paris, 1890.

⁷ Guinon ; *Loc. cit.*, pag. 139.

même, maladie de la nutrition, ou plutôt à l'état d'affaissement où il met l'organisme, les troubles nerveux hystériques qu'il provoque.

Nous terminerons ce qui a trait à l'influence des intoxications par cette citation empruntée à notre maître, M. le professeur Grasset¹ : « On pourra classer là des faits intéressants, mais à condition de ne pas exagérer et de ne pas considérer comme nécessairement hystériques, tous les malades dont les réactions nerveuses vis-à-vis du poison sont en désaccord avec l'intensité de la cause et les lésions anatomiques constatées. »

V. — INFLUENCE DES PROFESSIONS.

Les opinions les plus contradictoires ont tour à tour été émises sur l'influence des professions comme agent provocateur de l'hystérie. Il résulte des nombreux travaux parus sur ce sujet que les professions n'ont qu'une influence indirecte sur le développement de la névrose. Si l'on n'avait pas d'autres preuves, la fréquence de l'hystérie chez les femmes, qui généralement n'ont pas de profession, pourrait à la rigueur suffire « c'est surtout par leurs influences morales, dit M. Grasset², que les professions agissent sur le système nerveux (insuffisance des salaires, ambitions, rivalités, déceptions, lutte pour la vie, mise à la retraite, etc.) » ou encore par le surmenage, l'état de misère, de débilitation, les chances d'intoxication, de traumatismes, que certaines sont susceptibles de mettre en jeu. Les soldats, les loqueteux, les ouvriers en plomb, en tabac, etc., les chauffeurs, les mécaniciens, rentrent dans cette dernière catégorie.

A part ces quelques considérations, le rôle des professions ne doit pas être exagéré. L'hystérie recrute ses victimes dans toutes

¹ Grasset ; *Loc. cit.*

² *Id.*, *ibid.*

les classes de la société; « tous les milieux sociaux sont égaux devant sa puissance ¹ », et c'est seulement par les plus ou moins grandes chances de sollicitation de la prédisposition héréditaire que les professions agissent comme agents provocateurs de l'hystérie.

Ici se place l'étude de la continence où des excès vénériens dans leurs rapports avec l'éclosion des accidents hystériques. Certains auteurs ont incriminé la continence, et ont montré que l'hystérie était fréquente dans les couvents, dans la vie religieuse, où la continence est la règle absolue. « Cependant, on ne voit guère éclater l'hystérie, dit Briquet ², que dans le petit nombre de maisons où les religieuses sont livrées à la prière incessante, aux austérités et à la vie contemplative ». D'ailleurs, chez les femmes qui constituent la clientèle de l'hôpital de Lourcine, domestiques ou ouvrières, et chez lesquelles « au sù et au dire de tout le monde la continence est rare, bien que la plupart n'aient eu que des relations sexuelles souvent très limitées », la statistique a montré que la moitié à peu près étaient hystériques. Briquet explique cette fréquence, non par les besoins sexuels non satisfaits, pas plus que par ces mêmes besoins satisfaits à outrance, mais par l'âge; par le mal du pays, l'ennui de la servitude ou d'un travail inaccoutumé et les tracasseries nées de leurs liaisons illicites. « Or, toutes ces circonstances sont les causes ordinaires des affections hystériques ».

En outre « les veuves ne sont pas plus exposées que les autres ³ ».

Certainement une femme condamnée par les circonstances et malgré elle au célibat, regrettant le mariage et aigrie par ces regrets mêmes, a des chances de devenir hystérique, mais pas plus qu'une femme mal mariée, mariée contre ses goûts et comparant perpétuellement l'idéal qu'elle avait rêvé, au mari qu'elle subit.

¹ Gilles de la Tourette; *Loc. cit.*

² Briquet; *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1859.

³ Grasset et Rauzier; *Loc. cit.*

Enfin, chez les filles publiques, Briquet a montré qu'à Saint-Lazare, sur 199 femmes de 16 à 30 ans, il y avait : 106 hystériques, 28 non impressionnables et 65 non hystériques. Quoi d'étonnant dans cette fréquence ? L'âge, « la vie que mènent ces femmes, la misère, les veilles, l'abus des boissons alcooliques, les exigences de la police, ou les mauvais traitements de la part des hommes avec lesquels elles vivent, les séquestrations forcées qu'occasionnent les maladies qu'elles contractent, la jalousie effrénée et les passions violentes qui les animent, expliquent assez chez elles la fréquence des accidents hystériques » (Briquet)¹.

Sans vouloir faire de l'hystérie une conséquence des excès génitaux, nous pensons avec Briquet et Gilles de la Tourette, contrairement à l'opinion de Colin et de Landouzy, que la profession de prostituée est favorable à l'éclosion des phénomènes hystériques.

Si toutes les professions, tous les milieux, produisent des hystériques, il en est de même aussi de toutes les races. L'hystérie est de tous les pays et de toutes les latitudes, son endémie est générale. Quoi qu'en aient dit certains auteurs allemands et anglais, « soit par orgueil de race, soit par pudeur scientifique », leurs compatriotes ne sont pas plus favorisés que les autres peuples. Marie² a montré que l'hystérie est aussi fréquente chez eux que chez nous, et que malgré leurs prétentions elle est absolument pareille à la nôtre.

Bien plus, il convient, pour être juste, de dire que de toutes les races, la race israélite qui pullule en Allemagne est la plus atteinte au point de vue de la névrose. Tout l'enseignement de Charcot met ce fait en relief, et certes on ne peut pas l'accuser de n'avoir eu qu'une clientèle uniquement composée de peuples du midi.

¹ Briquet ; *Loc. cit.*

² Marie ; L'hystérie en Allemagne. *Rev. crit. : Progr. méd.*, 1887, pag. 440.

VI. — INFLUENCE DU TRAUMATISME.

Le rôle du traumatisme n'a pas toujours été admis sans discussion, et sans que les opinions les plus contradictoires aient été émises, surtout lorsqu'on a voulu expliquer sa pathogénie. Aussi, quoiqu'il s'agisse d'une question de date assez récente, la bibliographie en est déjà extrêmement riche ; c'est qu'il n'existe peut-être pas en neuropathologie de question qui ait été aussi controversée.

Après Guinon, Barbez et Gilles de la Tourette, nous ne referons pas l'historique de ces faits, nous renvoyons à ces auteurs ¹.

Trois écoles ont successivement vu le jour dans l'interprétation des phénomènes de l'hystéro-traumatisme : l'école anglaise, qui a vu dans l'hystérie traumatique surtout le côté pratique, les indemnités à payer après les accidents ; l'école allemande, qui a voulu en faire une névrose à part bien distincte de l'hystérie ; et l'école française, de la Salpêtrière, pour laquelle il s'agit d'hystérie pure et simple, le traumatisme n'étant qu'une cause occasionnelle et rien de plus.

Au point de vue de sa nature, l'hystéro-traumatisme « est encore aujourd'hui discuté, bien que l'opinion proclamée par Charcot gagne tous les jours du terrain ² ». « Un certain nombre d'auteurs allemands en font une névrose spéciale, la névrose traumatique présentant simplement des analogies avec l'hystérie ; en France, au contraire, on conclut à la nature hystérique des phénomènes, la névrose empruntant au choc traumatique, origine des accidents, certains caractères symptomatiques et évolutifs

¹ Guinon ; *Loc. cit.*

Barbez ; Hystérie et traumatisme. Thèse de Paris, 1887.

Gilles de la Tourette ; *Loc. cit.*

² Grasset et Rauzier ; *Loc. cit.*

qui permettent tout au plus de considérer l'hystérie traumatique comme une forme un peu spécialisée de l'hystérie ».

Guinon a montré qu'on ne doit pas, en neuropathologie, envisager le traumatisme en tant qu'agent traumatisant seul. Il y a plus que le choc matériel ; il ne doit pas être séparé de ce qu'on a appelé le *nervous shock* en Angleterre. « On donne, dit-il, ce nom de *shock nerveux*, à l'état dans lequel se trouve un individu qui vient d'être victime d'un traumatisme ou d'une secousse plus ou moins violente, mais s'accompagnant toujours d'émotion vive, état caractérisé par une série de symptômes tant psychiques que somatiques ».

On appelle *hystéro-traumatisme* l'hystérie développée sous l'influence du traumatisme et de cet état qui en dérive, le *shock nerveux*. Le *shock nerveux* est tout différent de ce qu'on appelle le *shock traumatique*, accident toujours grave des grandes blessures et souvent mortel, tandis que le *shock nerveux* ne présente aucune gravité en lui-même, en ce qui touche la vie du malade du moins. »

D'une façon générale, la nature du traumatisme importe peu.

Au début, les accidents de chemin de fer ont été surtout incriminés, d'où, les noms de *railway-spine*, *railway-brain* ; mais depuis, tous les traumatismes ont été accusés tour à tour, même les traumatismes professionnels.

L'intensité du traumatisme n'a guère plus d'importance que sa nature. La plus légère contusion, la moindre piqûre peut suffire, et ce qui le montre bien, c'est que dans les accidents de chemin de fer, ce ne sont généralement pas les individus les plus atteints qui deviennent hystériques, mais bien plutôt ceux qui n'ont presque rien eu, ou n'ont même pas été touchés. Tout dépend de la façon dont réagit le système nerveux, de l'émotion vive produite, parfois même n'y a-t-il que commotion morale pure.

La névrose peut apparaître immédiatement ou peu de temps

après le traumatisme. La nuit suivante, par exemple, lorsque l'individu pense, une fois couché et se trouvant seul, au danger qu'il a couru ; il peut en ressentir une telle frayeur que les premiers phénomènes hystériques apparaissent sur-le-champ. D'autres fois, c'est plus longtemps après l'accident, comme le malade de M. le professeur Grasset, qui, mordu par un chien enragé et très bien soigné déjà, fit une véritable hystérie rabique, à la suite de la secousse qu'il ressentit en apprenant qu'un de ses amis, mordu lui aussi, avait été envoyé à l'Institut Pasteur.

Guinon ¹ rapporte un cas d'accidents hystéro-traumatiques chez un individu pris deux ans avant dans un éboulement.

Mais, si la nature ou l'intensité du traumatisme ont peu d'importance, il n'en est quelquefois pas ainsi du siège de la lésion. Au point de vue des manifestations locales de l'hystérie, c'est le membre frappé qui est atteint le premier, a-t-on dit, et, cette loi, d'après Berbez, souffre bien peu d'exceptions. Or, il est bien démontré aujourd'hui que les exceptions sont assez nombreuses ; Billon ² en relève dans les observations de Berbez et de Guinon eux-mêmes.

Bien plus, le traumatisme a parfois des tendances à donner à l'hystérie qu'il provoque une forme particulière ; ainsi, dans le cas d'hystérie rabique dont nous parlions plus haut, tous les symptômes de la rage ont existé au complet et entre autres un satyriasis, que le malade ignorait certainement comme symptôme et n'a pu simuler.

Puisqu'on admet dans l'hystérie une lésion encore inconnue, pourquoi ne pas admettre que cette lésion poussée plus loin puisse produire de vrais troubles organiques ? Ne voyons-nous pas les contractures hystériques persistant trop longtemps s'accompagner de vraies rétractions tendineuses ou musculaires

¹ Guinon ; *Loc. cit.*, pag. 37

² Billon ; *Considérations sur l'hystéro-traumatisme*. Th. de Montpellier, 1891.

qui deviennent, dans certaines circonstances bien déterminées, l'indication d'une intervention chirurgicale. Il est vrai qu'on peut accuser dans ces contractures l'impotence fonctionnelle longtemps persistante.

Mais, dans le cas rapporté par M. le professeur Grasset, l'hystérie n'a pas été seulement rabiforme, elle a été véritablement rabique. Le virus était localisé certainement au même endroit que dans la rage. Où ? Il n'a pas tué l'individu, il en a fait un hystérique. Nous ne pouvons admettre que le malade l'y ait localisé par auto-suggestion, puisque nous venons de voir que, bien souvent, les traumatismes produisent une hystérie traumatique atteignant un tout autre endroit que celui qui a reçu le choc. Il nous semble que l'on doit considérer l'hystérie traumatique comme la conséquence de l'ébranlement provoqué, par voie réflexe, à la suite d'un traumatisme, dans une partie de l'écorce cérébrale, lieu de moindre résistance d'un système nerveux maladif et prédisposé.

Les localisations des manifestations hystériques s'expliquent ainsi d'elles-mêmes, et l'on comprend pourquoi une laparotomie, par exemple, provoque une monoplégie. C'est qu'il existait déjà, au niveau des centres corticaux du bras, un *locus minoris resistentiæ*.

Mais il ne faudrait pas croire que le traumatisme ne provoque que des hystéries locales, il peut tout aussi bien provoquer l'hystérie convulsive avec attaques classiques.

A côté des traumatismes externes de toute nature, dans lesquels il faut comprendre les tremblements de terre et la fulguration, les traumatismes internes sont susceptibles eux aussi de provoquer la névrose. M^{lle} Bychoffski¹ rapporte, dans sa thèse, trois cas d'hystérie développée sous l'influence de coliques néphrétiques.

¹ M^{lle} Bychoffski ; Contribution à l'étude de l'hystéro-traumatisme (hystéro-traumatisme interne). Thèse de Paris, 1893.

ques. Elle terminée par six observations ; quatre empruntées à Landouzy, où l'hystérie fut provoquée par la présence de vers intestinaux, et deux de même nature empruntées à Davaine.

Nous avons vu récemment un cas analogue dans le service de M. le professeur Grasset ; il s'agissait d'une hystérique dont le premier symptôme a été une boulimie intense. Mais cette boulimie ne s'est développée que lorsque la malade a eu vu quelques cucurbitains d'un tænia qu'elle a expulsé depuis. L'état nerveux a survécu et M. Grasset nous faisait remarquer que ce fait était assez fréquent.

L'histoire des manifestations hystériques survenant chez un prédisposé, à la suite des traumatismes chirurgicaux, date de hier pour ainsi dire. Ce n'est pas que ces manifestations n'aient pas été notées dans les observations, elles ont certainement existé de tout temps, mais les chirurgiens s'en préoccupaient peu et ne cherchaient pas à les expliquer. Ils songeaient bien plutôt à la septicémie « cause redoutable de tous leurs désastres » selon Lucas Championnière. Petit à petit, quelques publications paraissent. Ollier¹ observe un cas de monoplégie à la suite d'une néphrotomie par voie abdominale. Verneuil, à la suite de la même opération, observe une paralysie du radial. Charcot² rapporte dans ses leçons un cas de contracture hystérique survenue chez un homme à la suite de l'application d'un appareil à fracture.

Guinon³ cite une observation d'hystéro-traumatisme dans lequel la manifestation hystérique fut provoquée non par le véritable traumatisme opératoire, qui était une incision du périnée, mais par le traumatisme exercé sur la cuisse par l'un des aides, qui la tenait vigoureusement écartée.

Le chloroforme a été même incriminé. M. Grasset⁴ a vu l'hys-

¹ Ollier, in Thèse de Pichevin ; Des abus de la castration chez la femme. Thèse de Paris, 1889.

² Charcot ; *Maladies du Système nerveux*, tom. III, leçon 25.

³ Guinon ; *Loc. cit.*, pag. 46.

⁴ Grasset ; art. *Hystérie*, in *Dict. des Sc. méd.*

térie se révéler chez une jeune fille à la suite d'une opération de cataracte.

Mais les cas d'hystérie survenant à la suite de traumatismes chirurgicaux de l'abdomen, et de laparotomies en particulier, ne sont pas encore bien nombreux. Nous n'avons pu en recueillir que six observations bien nettes, c'est ce qui nous a décidé à en apporter une nouvelle.

Terrier, dans une discussion à la Société de chirurgie en 1884, parla le premier d'hystérie consécutive à une ovariectomie pour répondre à Pozzi, qui rapportait une observation favorable à l'opération de Battey. Nous ne publierons cette observation que parce qu'elle est la première en date, et nous en retiendrons simplement ce fait, que l'hystérie apparut après l'ablation d'un premier ovaire.

OBSERVATIONS

Première observation.

TERRIER (*Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, 1884, pag. 235).

« J'ai enlevé, il y a quinze jours, sur une jeune femme, un kyste de l'ovaire. Cette jeune femme, qui depuis quelques années n'avait jamais eu aucun accident nerveux, a présenté immédiatement après l'opération, une série de crises hystériques subintrantes, qui n'ont pas été sans m'inquiéter sérieusement depuis quelque temps. Ces crises ont diminué. Disparaîtront-elles après la guérison ? Je l'ignore. Mais ce qu'il y a de certain, c'est que c'est justement l'ablation de l'ovaire qui les a provoquées. »

Tissier¹ parle de cette observation à la fin de son introduction, et nous apprend que « ces accidents nerveux, dont la malade était parfaitement indemne auparavant, se prolongèrent et s'aggravèrent au point, dit-il, de devenir incompatibles avec la vie ». M. Terrier renouvela l'opération pour enlever l'ovaire restant. Nous ne savons pas ce qu'il est advenu de la malade et si l'ablation du second ovaire a fait disparaître ces accidents.

¹ Tissier ; De la castration chez la femme en chirurgie (opération d'Hégar ou de Battey). Thèse de Paris, 1885.

Observation II.

(Résumée).

Professeur GILIS (*Gaz. hebd. des Sc. médicales de Montpellier*, 1887).

Chez une femme n'ayant jamais présenté de phénomènes nerveux, M. le professeur Gilis enleva un kyste contenant 10 litres d'un liquide brun chocolat. L'opération fut faite le 20 mars, avec toutes les précautions usitées en pareil cas. Jusqu'au 24, rien de particulier au point de vue nerveux. Mais, le 24, dans la nuit éclate une violente crise nerveuse : la malade est excitée, la face injectée, les yeux brillants ; d'un caractère ordinairement doux, elle invective sa garde et son entourage en termes violents ; elle pousse des cris, on ne peut la tenir dans le lit. Elle se plaint du ventre. Avec le jour survient un peu de calme.

25. Premier pansement. Le ventre est souple, n'est pas douloureux à la pression. Cependant la température s'élève à 39° ; le soir, 39°, 8. L'excitation de la nuit précédente recommence, moins vive cependant.

26. Un peu plus de calme. Temp. 39°. Les mictions sont encore fréquentes et douloureuses. La nuit est encore agitée.

27. Second pansement. La température du matin est à 38°. La plaie est réunie par première intention : pas de pus. Le soir, temp. 37°, 4. Dès lors, plus de fièvre, plus d'excitation. La malade a parfaitement guéri et se porte aujourd'hui fort bien.

M. le professeur Gilis fait suivre cette observation des réflexions suivantes :

« A quoi attribuer cette excitation qui touchait au délire ? Je pensai d'abord à une péritonite localisée au niveau du pédicule ovarien et retentissant sur le système nerveux. Après réflexion,

j'abandonnai cette idée, et je pense, aujourd'hui, m'être trouvé en présence de phénomènes hystériques éveillés par le traumatisme opératoire. M. Dubrueil a signalé des manifestations analogues, chez une demoiselle âgée de 40 ans, qui eut de véritables crises hystériques après une opération bien moins grave¹. Ce sont là des exemples de l'influence réciproque des traumatismes et des névroses analogues à l'influence que le traumatisme exerce sur les diathèses ».

Observation III.

(Résumée : Extraite de la thèse de BENTEJAC²).

Laparotomie exploratrice et paralysie consécutive du muscle extenseur des doigts et de la main.

M^{me} Marie B..., 21 ans, blanchisseuse. Entrée le 25 avril 1888, à l'hôpital Tenon. Service de M. Richelot, salle Richard Wallace, lit n° 12.

Père alcoolique.

Mère nerveuse, très irritable, n'aurait jamais eu d'attaques.

Grand-père et grand'mère, du côté paternel, présentent, d'après le dire de la malade, des symptômes de névrose difficiles à définir.

Antécédents personnels. — Enfance chétive, a toujours été un peu nerveuse, mais n'a jamais eu cependant ni attaques de nerfs, ni autres accidents nerveux.

Depuis son enfance a toujours souffert du ventre.

A 13 ans, apparition définitive des règles (qui avaient déjà

¹ Dubrueil ; Gazette hebdomadaire des Sciences médicales, 18 août 1883.

² Bentejac ; De quelques phénomènes nerveux observés à la suite des opérations pratiquées sur l'abdomen. Thèse de Paris, 1888.

fait une apparition à 12 ans et demi, puis avaient cessé). Elles sont très douloureuses et le restent dans la suite.

En somme, assez bonne santé habituelle.

En avril 1887, ses règles s'arrêtent brusquement. Il se développe une tumeur profondément située dans la fosse iliaque droite, qui nécessite à plusieurs reprises l'entrée de la malade dans les hôpitaux.

Au moment de l'entrée à l'hôpital Tenon, on sent exactement dans la fosse iliaque droite une tuméfaction profonde, douloureuse spontanément ou par les mouvements de la malade, très douloureuse à la pression.

Le 4 mai 1888, M. Richelot se décide à faire une laparotomie exploratrice : La cavité abdominale est ouverte par une large incision au niveau de la ligne blanche ; la main, introduite dans le petit bassin, constate l'intégrité de l'utérus et des annexes, pas la moindre existence d'une tumeur. La paroi est suturée après cet examen.

En se réveillant du sommeil chloroformique, la malade veut prendre son mouchoir et remarque qu'elle ne peut lever la main droite. Sa main ne peut plus s'étendre sur son avant-bras. Il lui est impossible d'écarter les doigts. D'autre part, la sensibilité est diminuée dans la main qui ne peut s'étendre, et cette diminution s'arrête brusquement au niveau du bracelet. On fait l'épreuve de l'aimant, le transfert n'a pas lieu et les muscles paralysés se contractent énergiquement sous l'action de la pile électrique, etc.

Bentejac (pag. 24) fait les réflexions suivantes au sujet de cette observation : « Est-ce le chloroforme qui serait la cause de cette paralysie survenue à la suite d'une opération sur l'abdomen ? C'est possible, mais nous ne connaissons pas de fait semblable se rapportant à lui. Cependant, si nous n'avons pas de raison pour admettre son action, nous n'en avons pas davantage pour l'éliminer.

»Est-ce un réflexe déterminé par le traumatisme chirur-

gical ? Il est de fait que l'action que ce dernier peut exercer sur le système nerveux est puissante, surtout si celui-ci est maladif.

» A ne considérer que le fait de la non répartition de la paralysie suivant le territoire d'un nerf, à ne considérer que la forme de l'anesthésie, le tempérament et l'hérédité de la jeune fille, on diagnostiquera un phénomène d'hystéro-traumatisme, tels que ceux décrits par Charcot et son élève Berbez. Mais, d'après ces auteurs, dans les cas de paralysie hystéro-traumatique, c'est dans la partie frappée que se produit la paralysie, ou bien dans un point où il est possible que le malade l'ait localisée lui-même par un phénomène d'auto-suggestion.

» Mais faisons encore une dernière hypothèse. Est-ce que le traumatisme par son action sur le système nerveux n'aurait pas agi comme lorsqu'il réveille une diathèse selon Verneuil. N'aurait-il pas pu réveiller une névrose qui se serait traduite par la paralysie et la forme d'anesthésie que nous lui connaissons ? Nous laissons à chacun le soin d'apprécier. »

Nous n'hésitons pas, après tout ce que nous avons dit sur l'hystéro-traumatisme, à nous ranger à cette dernière opinion.

Observation IV.

(Résumée).

BOUILLY (*Nouvel. Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 1888, pag. 205).

Nous n'emprunterons à l'observation rapportée par M. Bouilly que la partie ayant rapport au sujet que nous traitons dans ce travail :

« Affection des annexes : salpingo-ovarite double avec pro-

lapsus de l'ovaire fixé dans le cul-de-sac postérieur droit. Ablation par laparotomie.

» Réunion par première intention. Apparition des règles le troisième jour après l'opération (qui a eu lieu le 24 novembre). Le 14 décembre, la malade se lève pour la première fois, vingt jours après la laparotomie. Le 21, exeat, très bon état ; les culs-de-sac sont absolument libres et indolents.

» Le 18, la malade a eu une attaque d'hystérie, répétée le 19 avec sensation de boule et d'étouffement.

» Cette malade, revue dernièrement (janvier 1888), est en parfait état, elle n'a plus que des douleurs abdominales très vagues ; elle est seulement tourmentée par des bouffées de chaleur et une constipation tenace. »

Observation V.

Hystérie développée chez une femme ovariectomisée, par G.-M. DEBOVE¹.

« L'observation que je vais rapporter m'a paru intéressante à vous signaler à cause des discussions récentes soulevées à la Société de Chirurgie. Elle montre que l'ovariectomie non seulement ne guérit pas l'hystérie et les douleurs du petit bassin dites ovariennes et dépendant de cette névrose, mais qu'elle n'a même aucune action préventive.

Ma malade est âgée de 38 ans. En décembre 1889, on lui a enlevé les deux trompes et les deux ovaires, qui furent trouvés altérés. Elle guérit parfaitement, et ses règles ne revinrent plus.

Le 20 juin 1890, elle eut sa première attaque de nerfs, qui, depuis cette époque, a été suivie d'un certain nombre d'autres. Or jamais on n'avait constaté aucune attaque, ni aucun signe d'hystérie avant l'opération, excepté une certaine émotivité ; aussi

¹ Debove ; Société médicale des Hôpitaux, séance du 18 novembre 1892.

croyons-nous devoir conclure que l'ovariectomie non seulement ne guérit pas l'hystérie, mais n'a même aucune action préventive.

Au moment où nous avons examiné la malade, elle présentait une hémianesthésie droite avec douleur dans la fosse iliaque, de la douleur ovarienne. Ce fait montre que cette douleur n'est pas toujours ovarienne, ce que l'on pouvait supposer, étant donné les observations (dont nous avons publié plusieurs) de douleurs analogues chez l'hystérique.

Et cependant il s'agit bien d'une douleur présentant les caractères dits de la douleur ovarienne ; la compression fait naître une attaque, et l'application d'aimants amène un transfert de la douleur en question.

On peut donc conclure qu'une intervention opératoire ne met à l'abri ni de l'hystérie, ni de ses manifestations ovariennes ; je n'oserais pas affirmer qu'elle ne les a pas provoquées.

M. Desnos a pu observer des faits du même ordre, il a vu deux fois l'aliénation mentale suivre l'opération de l'ovariotomie.

M. Rendu : Les faits de ce genre ne sont pas rares à la suite de diverses opérations de chirurgie abdominale autres que celles visant les organes génitaux. Exemple : une malade à qui on fait avec succès un anus contre nature pour un cas d'obstruction intestinale liée à un cancer intestinal. Deux ou trois jours après l'opération, elle se mit à divaguer, et très rapidement elle devint complètement maniaque. A l'autopsie, on ne trouva rien de particulier dans le cerveau.

M. Debove : Les interventions chirurgicales peuvent provoquer des accidents hystériques, d'abord en tant que traumatismes, ensuite par l'ébranlement psychique considérable qu'elles occasionnent forcément. On doit encore signaler un état mental particulier chez certaines femmes. Elles s'imaginent que tous leurs

organes sont malades et demandent qu'on les leur enlève. J'en connais une qui a trouvé un chirurgien pour lui extirper un rein. Fort heureusement qu'elle n'en a pas trouvé un second pour lui enlever le second rein ! Après cela, elle a voulu absolument se faire extirper l'utérus. On simula l'opération en incisant seulement la peau.

Les obsessions de ce genre indiquent bien certainement un trouble mental antérieur à l'intervention chirurgicale, mais il est considérablement exagéré par elle. Quant aux succès plus ou moins durables qu'on lui attribue, la suggestion opératoire les explique souvent bien mieux que l'opération proprement dite.

M. Mathieu : « J'ai rapporté (*Gazette des Hôpitaux*) l'observation d'une jeune femme qui présenta, après avoir subi l'ovariectomie double, des signes de goitre exophtalmique fruste. Elle avait en particulier, à l'époque où ses règles auraient dû se produire, des poussées de chaleur insupportables à la face. De plus, chose qu'on n'eût guère prévue *à priori*, il se développa un véritable état de nymphomanie qui alarmait beaucoup la malade et qu'elle avouait avec confusion ».

Observation VI.

(Empruntée à la thèse de M. PINESSE¹, où elle porte le n° 86).

G..... Mathilde, 34 ans, sans profession ; opérée le 11 juillet 1890.

Depuis 5 mois ne quitte plus le lit : paralysie des membres ; impossibilité de marcher. Palper : sensibilité de tout le ventre, surtout à gauche. Toucher : tuméfaction assez élevée à gauche : utérus immobilisé de ce côté.

A l'opération : à droite, tumeur tubaire volumineuse ; ovaire

¹ Pinesse ; Thèse de Paris, 1894, n° 368.

avec gros kystes sanguins, déchirés. Enormes vaisseaux dans les pédicules. A gauche, ovaire moins déchiré. Adhérences épiploïques nombreuses. Les trompes contiennent une sorte de matière sébacée avec masses crétacées vers l'orifice interne de la trompe.

Je reçois, 20 mars 1894, une lettre de son médecin et une note d'elle-même. Après l'opération, elle avait des douleurs en marchant, mais l'an dernier, après un voyage, elle est revenue changée; bon moral, pouvant faire des promenades, et le médecin conclut à sa guérison; serait devenue hystérique(?). Quant à ses règles, à peu de choses près, la malade les a comme avant (quelques retards).

Observation VII.

(Personnelle).

Hystérie vulgaire, consécutive à une ovariectomie.

Le 27 novembre 1895, se présente, à la consultation gratuite de M. le professeur agrégé Rauzier, la nommée Amélie L..., âgée de 21 ans, bonne, non mariée, blonde, lymphatique et d'une taille un peu au-dessous de la moyenne.

Antécédents héréditaires. — Père (62 ans) est rhumatisant et ne peut plus marcher à l'heure actuelle. Il est très nerveux, d'un caractère excessivement violent et emporté. Pas d'attaques.

Mère (52 ans) jouit d'une assez bonne santé, à part certaines douleurs vagues du côté gauche dont nous n'avons pu faire préciser exactement le siège par la fille.

Un frère mort-né.

Deux autres frères se portant bien, mais très nerveux, eux aussi, et ayant hérité du caractère emporté de leur père, surtout le plus jeune.

Deux sœurs, dont la plus âgée souffrait, au moment de ses

règles, au point d'être obligée de s'aliter parfois pendant deux ou trois jours. Elle est aujourd'hui mariée, et ces douleurs ont, paraît-il, disparu.

La plus jeune sœur serait, de toute la famille, celle qui jouirait de la meilleure santé.

Pas de renseignements sur les grands parents maternels et paternels, ainsi que sur les collatéraux.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance, vers l'âge de 10 ans, violentes céphalées, siégeant surtout aux tempes et sur le sommet de la tête, obligeant la malade à garder fréquemment le lit. Maux d'estomac, envies de vomir, anémie, santé délicate.

Rougeole à 12 ans.

A 14 ans, instauration menstruelle avec violentes douleurs dans la fosse iliaque gauche, qui nécessitèrent quelques jours de lit. Leucorrhée dès cette époque; depuis, à chaque retour des règles, quelques douleurs sourdes toujours à gauche.

En 93, ces douleurs, au moment des règles, redeviennent tout aussi violentes que la première fois et durent tout le temps de la période menstruelle (celle-ci est d'habitude de 6 à 8 jours) avec deux à trois paroxysmes par vingt-quatre heures.

Durant ces paroxysmes, la malade ressentait comme un gros poids dans la région ovarienne gauche, puis une sensation de très forte constriction du bas ventre et de la taille; elle se délassait, se couchait à plat ventre par terre, il lui semblait, de la sorte, éprouver quelquefois un peu de soulagement. Ces exacerbations s'accompagnaient d'un gonflement abdominal, après lequel un mieux sensible apparaissait.

La malade nous a raconté qu'en décembre 1894, elle fut prise, pendant ses règles, de douleurs tellement vives, qu'un soir, étant allée chercher le vin pour le dîner, elle fut obligée de se coucher à plat ventre dans la cave. Elle resta ainsi, sans crier, sans demander du secours, et ne fut tirée de là que par la cuisinière,

qui, la croyant sortie, et allant elle-même chercher le vin nécessaire au repas, trébucha sur son corps. On la porta dans son lit, elle pouvait à peine parler, dit-elle.

Ces douleurs, dans la fosse iliaque gauche, deviennent continues en janvier 1895 ; la malade perd ses forces, son travail lui devient de plus en plus pénible, et elle se décide à entrer à l'hôpital, le 10 mars 1895, dans le service de M. le professeur agrégé Estor.

Pas de grossesse.

Voici les renseignements que M. Mocquot, interne, a bien voulu nous communiquer sur elle pendant son séjour dans son service :

A part les antécédents héréditaires et personnels dont nous avons déjà parlé plus haut, on relève, du côté de l'abdomen et des organes génitaux, les phénomènes suivants :

Douleurs continues de tout le bas-ventre, plus accusées à gauche, s'exagérant par la marche et la station debout.

L'aspect de l'abdomen est normal.

Le palper exaspère ces douleurs, surtout dans l'hypocondre gauche.

Par le toucher vaginal on trouve l'utérus mobile, mais les mouvements communiqués à cet organe semblent augmenter les douleurs du flanc gauche.

Leucorrhée très abondante et dysménorrhée en même temps.

Les dernières règles ont fait défaut ; elles devaient venir le 30 avril. On porte le diagnostic de métrite, et le traitement habituel de la métrite est institué :

Injectons antiseptiques, tampons, repos, etc.

Aucune amélioration bien sensible ne survenant sous l'influence de ce traitement, un curettage fut décidé.

Samedi, 4 mai, curettage :

Dilatation au tripier, lotions au sublimé. Cautérisation au chlorure de zinc au dixième. Mèche utérine et tampon vaginal de gaze iodoformée, imprégnée de glycérine iodoformée.

Le 6 mai, état général bon, un peu de cuisson au méat. Apyrexie complète.

Le 10 mai, nouveau pansement : lavages intra-utérins au sublimé, mèche et tampon de gaze iodoformée glycinée.

La malade se plaint de douleurs abdominales siégeant au niveau de l'ovaire gauche ; ces douleurs vont en augmentant les jours suivants. Les différents traitements portés sur l'utérus (injections, curettage, etc.) n'ayant donné aucun résultat, il est suffisamment démontré qu'il ne s'agit pas d'une affection de cause réellement utérine. La dysménorrhée continuant, les douleurs augmentant au point de devenir intolérables, la position sociale de la malade ne lui permettant pas un traitement long et coûteux ni une vie de repos et d'oisiveté, l'ovariotomie est décidée.

Le 8 juin au matin, après les précautions antiseptiques d'usage, purgatif, la veille, etc... La malade est endormie à l'éther.

Incision sur la ligne médiane, longue de 10 centim. environ, Après ligature de quelques artérioles pariétales, le péritoine est incisé dans toute l'étendue de l'incision cutanée. M. Estor va à la recherche des annexes et constate leur absence à gauche. Ceux du côté droit, facilement atteints, paraissent enflammés, et ils sont adhérents. Ils sont enlevés après de nombreuses ligatures. Le pédicule touché au thermocautère et une toilette périnéale soigneuse ayant été faite, le ventre est refermé à l'aide de huit points de suture au fil de soie. Pansement iodoformé.

A part la surprise de cette absence d'annexes à gauche, l'opération a admirablement marché ; la malade n'a ni vomis, ni fait d'effort et s'est réveillée facilement.

L'opérée a souffert quelques jours au niveau de sa plaie et des

deux côtés du ventre, assez violemment, dit-elle, les 9, 10 et 11 juin. La température ne dépasse pas 37°.

Le 14 juin, la malade se plaignant de l'odeur qui se dégage du pansement, celui-ci est enlevé. La réunion est parfaite, sauf une très légère irritation au niveau des fils de suture. Les fils sont enlevés, et pansement sec iodoformé. La malade ne souffre plus du tout et sort quelque temps après de l'hôpital, enchantée du résultat obtenu.

En somme, voilà une malade qui paraissait souffrir des annexes du côté gauche. Or, l'opération a montré que ces organes n'existaient pas. Il ne peut y avoir aucun doute à ce sujet, car, pendant l'opération, l'utérus, tiré au dehors au moyen de pinces tire-balle, a été soigneusement examiné. Fait non moins curieux, les douleurs du côté gauche ont disparu, après l'ablation des annexes du côté droit. On a bien le droit de se demander si, dans un cas pareil, une simple incision de la peau, faite pendant le sommeil anesthésique, n'aurait pas donné un aussi bon résultat.

Le 27 novembre 1895, elle se présente à la consultation gratuite de M. le professeur agrégé Rauzier. Elle se plaint d'avoir des crises nerveuses tous les deux ou trois jours. Elle sent venir ces crises et a le temps de se coucher sur son lit. Elle sent alors une boule qui, partie de la fosse iliaque gauche, monte, s'arrête au cou et l'étouffe ; les oreilles lui sifflent, les tempes lui battent ; ses yeux se convulsent en haut ; elle renverse la tête en arrière et se livre à quelques mouvements. Puis, réveil brusque, pleurs, et la crise est terminée. Elle ne pousse pas de cris, n'est jamais tombée et ne s'est jamais fait mal, ne s'est jamais mordu la langue, n'a jamais uriné sous elle, n'a jamais eu de paralysies. Les crises sont le plus souvent diurnes. Il lui est simplement resté parfois, à la suite de ce qu'elle appelle les « grosses crises », des douleurs dans les mollets, persistant un à deux jours. La malade accuse, en effet, plusieurs sortes de crises.

De grandes crises (les plus rares et de une heure et demie à deux heures de durée), pendant lesquelles elle prétend ne rien percevoir de ce qui se passe autour d'elle.

Des crises de moindre intensité, sans perte de connaissance, durant de demi-heure à une heure, et enfin des esquisses de crises se manifestant par une simple sensation d'angoisse et d'étouffement, terminée par un accès de larmes.

Ces crises surviennent presque toujours à cause d'une contrariété ; et, la plus mémorable de toutes, celle sur laquelle nous aurions surtout voulu avoir des renseignements, eut pour prélude une querelle d'un ordre tellement intime, que le deuxième intéressé s'est refusé même à écrire ce qu'il avait vu.

Nous regrettons de n'avoir pu assister à une de ces crises, il eût été intéressant de rechercher ce que la compression énergique de la région ovarienne gauche eût amené.

Nous avons bien essayé de provoquer une crise par cette même compression, la sensation de boule et d'étouffement survenait, mais la malade n'a jamais consenti à nous laisser suffisamment insister pour arriver à un résultat probant.

Quoi qu'il en soit, la première crise est survenue un mois et demi après l'opération.

Il existe trois zones hystérogènes bien nettes. Une iliaque gauche, une sous-mammaire gauche et le clou hystérique.

Anesthésie conjonctivale et cornéenne, anesthésie pharyngée.

Fonctions végétatives en bon état, rien à la poitrine, rien au cœur. Le diagnostic formulé par M. Rauzier fut le suivant : Hystérie vulgaire révélée par un traumatisme.

Comme traitement :

Lavages à l'eau froide tous les matins ;

Bromure de potassium à 20/300.

Fer réduit et rhubarbe *ad.*

Nous avons pu revoir la malade chez elle et nous procurer les renseignements complémentaires suivants :

Tout d'abord, elle est enchantée de son opération et estime en avoir retiré de grands bénéfices.

Ses règles sont revenues un mois après l'ovariotomie, jour pour jour ; elles étaient rouges et ont duré deux jours sans douleur. Depuis, elles ont reparu régulièrement tous les mois, s'installant et évoluant sans incident ; à peine quelques lourdeurs prémonitoires dans le bas-ventre. Pas de bouffées de chaleur, les seins ne sont pas douloureux. En décembre, la malade était justement en période menstruelle lorsque nous l'avons revue pour la première fois. Ses règles ont duré 6 jours et se sont terminées par des pertes blanches.

Elle était amaigrie et débile avant son opération, elle a engraisé. Son visage s'est coloré, et, quoique elle se plaigne d'être encore trop faible pour travailler, ça ne l'empêche pas de mener une vie galante des plus agitées.

Au point de vue des modifications du caractère, de la voix, etc., signalées par quelques auteurs, chez les femmes ovariectomisées, nous ne trouvons chez elle rien de bien particulier à noter. La malade nous dit cependant qu'elle est plus gaie qu'autrefois. Elle pleure et rit facilement, se met aisément en colère, mais se calme très vite. Elle aurait un peu perdu la mémoire des choses récentes (?)

Sa voix n'aurait pas changé comme timbre, mais se serait développée pour le chant (?) (Elle monte plus haut et descend plus bas). Envies de dormir plus impérieuses qu'avant l'intervention, mais auxquelles son genre de vie n'est sans doute pas étranger.

Son appétence et ses sensations génitales sont ce qu'elles étaient lorsqu'elle possédait encore son ovaire.

Examen de l'abdomen et des organes génitaux. — La malade porte constamment sa ceinture et s'en trouve bien mieux. Cicatrice linéaire, plane, légèrement rougeâtre, non douloureuse, très mobile, très souple, sur laquelle se voit encore la trace des fils de suture.

La cicatrice est parfaitement résistante et ne se soulève pas pendant la toux.

Pertes jaunâtres empesant le linge, goutte de pus au méat, provenant d'une blennorrhagie récemment contractée. Pas de granulations dans le vagin. Col fortement porté à droite, assez dur. On en fait aisément le tour. L'orifice est fermé ; la lèvre antérieure bombe un peu en avant, légère déchirure à gauche. Les culs-de-sacs sont très souples, pas d'empâtement. L'utérus est très libre et les mouvements qu'on lui imprime dans les divers sens ne déterminent aucune souffrance.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre :

Que cette hystérie ait été provoquée par l'opération chirurgicale, cela ne nous semble pas douteux. Est-ce à dire qu'un autre traumatisme, impressionnant vivement la malade, n'eût pas été capable de révéler lui aussi la névrose ? Telle n'est pas notre pensée. L'hystérie ne s'était pas encore manifestée avant l'opération, rien ne pouvait faire supposer que cette malade fût une hystérique, mais la névrose existait certainement en puissance. L'ablation de l'ovaire droit n'a été qu'une cause occasionnelle et rien de plus. Et encore, la vie qu'a menée la malade dès sa sortie de l'hôpital, les déboires auxquels elle est journellement exposée, réclament-ils peut-être une place comme causes provocatrices adjuvantes. En tout cas, son genre d'existence nous paraît réaliser les meilleures conditions possibles pour aggraver la névrose et empêcher les bons résultats d'un traitement qui n'est d'ailleurs que très incomplètement suivi.

Un autre fait, non moins intéressant, c'est la persistance des

règles après l'ovariotomie. Il est impossible d'admettre qu'elle soit due à une ablation incomplète des ovaires, ou à un ovaire caché dont l'existence aurait été méconnue. Nous avons déjà répondu à cette objection dans le courant de l'observation.

Mais est-il bien sûr qu'un vestige d'ovaire ou de trompe n'ait pas été laissé dans le ventre ? Il nous semble qu'on peut être certain ici qu'il n'existait véritablement rien. L'attention était éveillée de ce côté, la trompe droite a été sectionnée au ras de l'utérus et nous croyons que l'on peut être assuré, autant qu'on peut l'être dans une opération de ce genre, que rien de tout ce qui peut déterminer l'excitation menstruelle physiologique, en supposant qu'elle parte de l'ovaire ou de la trompe, n'est resté dans le ventre.

Les faits de ce genre ne sont d'ailleurs pas rares. Nous en trouvons 27 d'analogues dans la thèse de Pinesse, qui porte sur 136 cas d'ovariotomies doubles.

MM. Tillaux, Terrier, Terrillon, Monod, déclarent qu'ils ont la certitude d'avoir enlevé les deux ovaires, dans certains cas où les règles réapparurent.

S'agit-il d'une habitude physiologique des organes génitaux, comme le voudrait Terrier ¹, ou d'une congestion d'ordre réflexe, de la partie supérieure du vagin et de l'utérus, comme Ormières ² le pense ? nous constatons seulement le fait, sans vouloir prendre part à la discussion.

¹ Terrier ; Bull. et mém. de la Soc. de chir., 1885, pag. 775.

² Ormières ; Thèse de Paris, 1880.

CHAPITRE II

Traitement de l'hystérie en général.

a) *Traitement prophylactique.* — Nous avons vu dans le chapitre précédent toute l'importance de l'hérédité.

Nous avons déjà parlé incidemment des difficultés de l'éducation chez les enfants prédisposés et de la surveillance attentive à exercer sur eux. Nous n'y reviendrons pas. Nous ne ferons que compléter ici les précautions à prendre au point de vue du traitement prophylactique de l'hystérie.

Pendant la grossesse il faudra, ainsi que le recommande M. le professeur Grasset, éviter toute cause d'émotion trop vive, toutes les causes d'excitation. Il sera même bon de ne pas laisser nourrir l'enfant par sa mère. Une nourrice robuste ou l'allaitement artificiel sont dans ce cas bien préférables. Tous les moyens capables de fortifier et d'aider au développement physique de l'enfant seront mis en œuvre. Vie au grand air, à la campagne, jeux bruyants, gymnastique, etc., etc... Eviter trop de sensibilité et d'affection dans les rapports avec les parents ; à ce point de vue, l'internat peut être une excellente chose.

Il est inutile de proscrire la musique, à moins qu'il ne s'agisse de sujets impressionnables à l'excès. Il suffira de laisser de côté les romances par trop sentimentales. Comme le fait remarquer M. Grasset, « le piano est une corvée et une occupation mécanique et gymnastique avant de parler à l'imagination ».

« Si vous voyez une jeune fille rêver et se lancer dans le pays des chimères, faites la mettre à son piano, les châteaux en Espagne tomberont bien vite » conseille Briquet. Pour ce qui est du mariage, les deux formules d'Hippocrate ont fait loi, et le mariage était considéré comme un moyen curatif de l'hystérie avant Briquet. *Nubat illa et morbum effugiet*, disait Hippocrate pour une fille menacée d'hystérie, et : *Ego, impero virgines his morbis affectas quam citissime cum viro jungi*, pour une fille hystérique.

Au lieu de voir aujourd'hui dans le mariage un remède curatif de l'hystérie, les auteurs et Charcot en particulier, ont avancé « qu'il provoque plus souvent l'hystérie qu'il ne la guérit ». Donc, à cause d'une aggravation possible de la névrose, des ennuis plus que probables réservés au second conjoint, et enfin de l'hérédité qui menace les enfants, le mariage ne doit pas être conseillé; tout au plus peut-on le permettre.

Lorsqu'un cas, et à plus forte raison une épidémie d'hystérie survient dans un pensionnat, dans un couvent, il faut séparer la ou les personnes atteintes afin d'éviter la contagion; si celle-ci survient, on doit surtout agir sur le moral; c'est ainsi que : « l'épidémie de suicide des filles de Milet disparut quand on les avertit que toutes celles qui se pendraient seraient exposées nues en public la corde au cou ».

b) *Traitement interne.* — Il n'existe pas de traitement interne de l'hystérie; et ce qui le prouve bien, c'est la multiplicité vraiment inouïe des médicaments qui ont été tour à tour proposés. Suivant les théories pathogéniques qui avaient cours sur la névrose tout a été tenté; et, depuis les vapeurs de corne brûlée, jusqu'à la poudre de lombrics, de pénis desséché, etc., etc., tout a été employé sans efficacité. Nous parlons, on le conçoit, de l'hystérie

1. Grasset et Rauzier; *Loc. cit.*

pure, c'est-à-dire, ni provoquée, ni entretenue par une affection organique quelconque ; la clinique nous montre qu'il n'en est presque jamais ainsi : l'hystérie se développe souvent, pour ne pas dire toujours, sur un terrain diathésique : l'arthritisme, la tuberculose, existent le plus souvent, soit chez les ascendants, soit chez le sujet lui-même. Celui-ci peut-être anémique (chloro-anémie et hystérie marchent très bien ensemble), intoxiqué, posséder quelque lésion locale ayant servi de point de départ à la maladie nerveuse.

C'est assez dire qu'il faudra s'attacher avant tout à découvrir la cause, à étudier le terrain, et celle-ci une fois trouvée, modifier la constitution, traiter l'anémie, les intoxications par les moyens thérapeutiques accoutumés. C'est là un traitement de première nécessité, sans lequel tout ce qu'on pourra faire dans la suite ne servira de rien : mais encore une fois, on ne peut pas dire qu'il s'agisse là du traitement de l'hystérie proprement dite.

Il est bon cependant de connaître quelques-uns des médicaments qui ont été préconisés, certains d'entre eux ayant été reconnus bons par l'expérience et pouvant, suivant les circonstances, rendre de grands services.

Et d'abord les antispasmodiques, dont on a jadis tant abusé, doivent-ils être complètement rejetés ainsi que le prétend Briquet, ou doit-on les employer de préférence à toute autre médication comme le voudrait Bernutz ?

Ils peuvent-être tout aussi inutiles qu'utiles suivant les circonstances ; leur indication capitale se trouve dans les états d'excitation, d'énervement, de nervosisme, d'éréthisme général qu'ils parviennent très bien à dissiper ; ils réussissent aussi très bien dans les spasmes peu tenaces. Les narcotiques et les anesthésiques réussissent mieux dans les états convulsifs durables. Il faut seulement tenir grand compte des susceptibilités individuelles qui dans la névrose peuvent être poussées à l'excès.

« En règle générale, l'opium sera employé de préférence à la

belladone qui, elle, entraîne plus facilement des phénomènes d'intoxication » ; mais il arrive fréquemment que l'opium ou ses dérivés sont mal tolérés ; parfois même ils sont dangereux, et de plus les hystériques deviennent facilement morphinomanes. Le sulfonal, le chlôral, trouvent leurs indications suivant les circonstances. Les bromures alcalins, après avoir servi de panacée universelle dans la cure des différentes névropathies et de l'hystérie en particulier, sont maintenant bien abandonnés ; on a reconnu qu'ils étaient impuissants et pouvaient même devenir dangereux lorsqu'il existe une trop grande excitabilité nerveuse.

« Plus nous voyons d'hystériques, moins nous donnons des bromures ¹ ».

Les bromures sont pourtant utiles dans les cas d'un diagnostic hésitant entre l'hystérie et l'épilepsie ; ils ne font rien, ou à peu près rien, dans le premier cas, tandis qu'ils agissent très favorablement dans le second.

Blocq² préconise pourtant le bromure de camphre, dont il dit s'être bien trouvé, dans les cas d'agitation extrême.

Camphre monobromé.....	3 gram.
Extrait de quassia.....	2 —
Sirop de belladone.....	Q. S.

M pour 30 pilules : 2 à 6 par jour.

Niermeyer³ a proposé l'emploi de l'oxyde de zinc associé à la valériane, 0^{gr},50 de chaque par jour dans les manifestations convulsives de l'hystérie.

c) *Traitement externe.* — Il comprend : l'hydrothérapie, l'électrothérapie, la métallothérapie, la kinésithérapie. — L'hydro-

¹ Grasset et Rauzier, pag. 813.

² Blocq ; Traitement de l'hystérie, in Gazette des Hôpitaux, 21 mai 1892.

³ Niermeyer ; Semaine médicale, 10 août 1892.

thérapie constitue le remède le plus efficace à employer contre l'hystérie; c'est elle que nous voyons mettre en pratique tous les jours à l'hôpital, et son efficacité n'a jamais fait défaut. Elle est applicable dans presque tous les cas, sinon dans tous, et répond à toutes les indications.

L'eau, et l'eau froide surtout, reste le meilleur tonique du système nerveux; on peut l'administrer en douches générales ou locales, en affusions, en lotions avec une grosse éponge, par le drap mouillé, etc.

L'eau tiède réussit admirablement comme sédatif, et les bains tièdes de 4, 6, 8 heures de durée calment très bien les phénomènes d'excitation et les convulsions permanentes. On peut donner ces bains: sulfureux, alcalins, arsénicaux, salés, suivant les cas, et joindre ainsi à l'effet sédatif le traitement de la diathèse de la maladie générale qui est derrière la névrose. L'électrisation faradique cutanée a son indication dans les anesthésies; son action est lente mais indiscutable. Les courants interrompus ont été employés avec de bons résultats dans les paralysies, et les courants continus dans les contractures. L'électricité statique, le bain de tabouret, paraît convenir au plus grand nombre de cas. Cependant la valeur thérapeutique de l'électricité dans l'hystérie n'est pas encore des plus évidentes; elle aide au traitement, c'est incontestable, mais elle est surtout utile pour le diagnostic. Il n'existe pas encore d'indications bien précises à son sujet.

La métallothérapie, au sujet de laquelle des recherches ont été faites encore récemment et dont on trouve les détails dans Dujardin-Beaumetz¹, Charcot et Vigoureux², Moricourt³, est basée sur le fait suivant: chez certains hystériques anesthésiques

¹ Dujardin-Beaumetz et Jourdanis; Société de Thérapeutique, 28 juillet 1880.

² Charcot et Vigoureux; Progrès médical, 12 septembre 1880.

³ Moricourt; Manuel de Métallothérapie. Paris, 1888.

l'application sur la peau de un, deux ou plusieurs métaux auxquels ces malades sont sensibles, et que l'on détermine par tâtonnements successifs, fait reparaitre la sensibilité pour un temps plus ou moins long. Ce retour de la sensibilité n'est que transitoire, et l'anesthésie reparait, même si le métal actif reste en place.

En même temps que la sensibilité reparait sous l'influence du métal, une anesthésie symétrique se produit. C'est là le phénomène du transfert.

On avait pensé qu'une fois le métal trouvé il suffirait de faire prendre à l'intérieur des sels de ce métal pour guérir l'hystérie. C'eût été bien simple et comme le dit M. Pitres « ce serait admirable si c'était vrai »¹.

Toutefois cette médication peut rendre des services dans les cas d'étiologie douteuse où « elle a une valeur diagnostique et pronostique »².

S'il s'agit de l'hystérie en général, le métal ramène la sensibilité avec transfert.

S'il s'agit d'une hystérie toxique, il n'y a pas de transfert.

Si chez une hystérique guérie on applique le métal auquel elle est sensible, l'anesthésie reparait, et Charcot a constaté qu'elle reparait d'autant plus difficilement que la guérison est plus avancée ou est en meilleure voie.

La kinésothérapie peut être associée à l'hydrothérapie ; elle consiste en exercices gymnastiques de toute sorte et surtout en massages ; ceux-ci donnent réellement de bons résultats.

Dans le même ordre d'idées, Charcot faisait faire journellement des exercices dynamométriques à ses malades atteints de monoplégie brachiale, on les excitait à persévérer, leur montrant chaque jour les progrès obtenus.

¹ Pitres ; Leçons cliniques sur l'hystérie. Paris, 1891.

² Grasset et Rauzier ; *Loc. cit.*, pag. 813.

Seifert¹ et Bach² recommandent le massage externe du larynx et des exercices d'articulation dans les aphonies.

d) *Traitement moral ou psychique.* — C'est au traitement moral qu'appartient la plus grosse part dans le traitement de l'hystérie. Sa mise en œuvre est capitale dans la thérapeutique de cette névrose. Il est de connaissance vulgaire que la confiance que le médecin sait inspirer à son malade contribue parfois beaucoup à son soulagement, si ce n'est à sa guérison. Nulle part l'influence morale du médecin ne se manifeste avec autant de fruits que dans l'hystérie.

Il est de toute nécessité d'inspirer aux hystériques une confiance absolue ; il faut les convaincre qu'on connaît à fond leur affection et le traitement à instituer. « En matière d'hystérie, c'est la foi qui guérit³ ». Les exemples sont aussi nombreux que typiques ; nous en citerons trois que nous empruntons au remarquable *Traité des maladies du système nerveux* de MM. Grasset et Rauzier. Guénaud de Mussy fit cesser immédiatement les convulsions choréiformes d'une de ses malades par l'administration d'une seule pilule de mie de pain.

Bernutz, dans un cas d'aphonie, fit recouvrer immédiatement la voix à une de ses malades en la plaçant dans un coin de la salle et en dirigeant contre sa bouche, à travers toute la pièce, le jet d'une seringue remplie d'eau glacée.

On a vu des effets de superpurgation avec une pilule panchymagogue *e mica panis*, alors que tous les purgatifs avaient échoué.

Le traitement psychique comprend deux modes particuliers : l'isolement et l'hypnotisme. C'est à Charcot que l'on doit de connaître les excellents effets de l'isolement dans le traitement

¹ Seifert ; Semaine médicale, 15 novembre 1893.

² Bach ; New-York méd. Journal, 28 octobre 1892.

³ Debove et Achard ; Manuel de Médecine.

de l'hystérie et surtout dans les cas d'hystérie grave. Il n'a cessé dans son enseignement de recommander cette pratique. « Je ne saurais trop insister, dit-il, sur l'importance capitale que j'attache à l'isolement dans le traitement de l'hystérie, où, sans contestation possible, l'élément psychique joue, dans la plupart des cas, un rôle considérable, s'il n'est pas prédominant. Il y a près de quinze ans que je suis attaché fermement à cette doctrine, et tout ce que j'ai vu, tout ce que je vois, ne fait que confirmer de plus en plus mon opinion ¹ ».

L'isolement pour donner de bons résultats doit être absolu, complet. — Il ne faut pas se contenter de placer le malade dans une chambre ou dans une maison à côté, de le faire soigner par des personnes étrangères.

On aura beau recommander aux siens de ne pas le visiter, ils n'en tiendront pas compte ; on lui parlera de tout ce qui se passe, il se sentira l'objet de l'attention de ceux qui le connaissent ; il ne sera pas isolé en un mot. Il faut réaliser une séparation aussi complète que possible, l'amener loin, dans un endroit où il ne connaisse personne, où ses caprices ne soient pas écoutés, où il soit soumis à une autorité absolue et compétente.

Nulle part, ces conditions ne se trouvent mieux réalisées qu'à l'hôpital ou dans un établissement d'hydrothérapie. — Il existe même des établissements spéciaux d'hydrothérapie (Laffoux, St-Didier, Brioude, Champel) installés dans ce but.

Les malades y sont soumis à une surveillance et à un régime appropriés sous la direction inflexible des médecins traitants. Ainsi comprise, cette mesure si simple donne les résultats les plus rapides et les plus inattendus.

¹ Charcot ; De l'isolement dans le traitement de l'hystérie. Leçons sur les maladies du système nerveux, tom. III, pag. 238.

Comment agit l'isolement ?

Blocq s'est posé cette question et y a répondu de la façon suivante : « L'action de l'isolement est doublement favorable, elle l'est d'une façon passive, pourrait-on dire, en ce qu'il supprime certaines conditions propres à la culture de l'hystérie ; elle l'est d'une façon active, en ce qu'il réalise des conditions particulières et de nature à combattre précisément la déviation psychique fondamentale qui caractérise la névrose ¹. »

L'isolement, en effet, soustrait le plus souvent le malade à l'influence d'un milieu névropathique, c'est-à-dire dans les meilleures conditions possibles pour exagérer son état, si même il ne l'a pas provoqué.

La sollicitude exagérée des parents, les attentions dont ils l'entourent et qu'il ne tarde pas à découvrir n'existent plus. Il ne peut plus en abuser et se rendre intéressant ; car, c'est un des traits du caractère de l'hystérique, que le besoin d'attirer l'attention sur lui. Il ne règne plus en maître, dont tous les caprices sont exécutés. Il n'est plus exposé à des questions parfois maladroites, à entendre pendant ses crises les réflexions apitoyées des assistants. Ou, en sens inverse, il n'a pas à souffrir du mépris dans lequel est tenue la névrose dans certains milieux. En un mot, il est à l'abri d'une « foule des causes qui le suggestionnent de la façon la plus désastreuse ».

Par contre, sa tendance à captiver l'attention des autres ne trouvant plus à se satisfaire, il fait un peu plus attention à lui-même ; il réfléchit ; l'idée de sortie ayant pour corollaire forcé l'idée de guérison, s'empare de son esprit, et une fois cette idée fixée en lui, la réalisation de cette idée n'est plus qu'une question de temps.

L'hypnotisme est aujourd'hui définitivement entré dans la thé-

¹ Blocq ; *Loc. cit.*

rapeutique de l'hystérie. On voit cet agent rendre tous les jours d'immenses services dans le traitement de la névrose. Mais il ne faudrait pas croire que ce soit une véritable panacée applicable à tous les cas d'hystérie, que c'est en quelque sorte le traitement spécifique de l'hystérie.

« C'est un moyen curatif qui a, comme tous les médicaments, ses indications et ses contre-indications ¹ ».

Il a ses avantages, il a ses inconvénients.

Mais avant d'examiner succinctement quel rôle doit être réservé à l'hypnotisme dans le traitement de l'hystérie, il est bon de dire en quoi consiste l'hypnotisation.

« L'hypnotisation a pour but de modifier en utilisant la suggestibilité du malade, c'est-à-dire sa tendance à accepter sans contrôle les idées qu'on cherche à lui imposer, les conceptions dans lesquelles il se plaît et auxquelles il s'abandonne ² ».

D'après Blocq, « les processus d'association sont troublés dans l'hystérie ³ ».

Les centres corticaux ont perdu la faculté de contrôler les idées suscitées par l'esprit, par le souvenir des impressions antérieurement ressenties, « il en résulte que non seulement le contrôle ne peut plus intervenir, mais encore que l'impression acquiert une intensité dominante », et par suite « diminution de la personnalité et rétrécissement du champ de la conscience, qui se manifeste surtout par la suggestibilité ⁴ ».

L'hypnotisation n'est donc en somme que la mise en œuvre de cette suggestibilité. On arrive à ce but par différents moyens, sur lesquels nous n'insisterons pas ici. On les trouvera admirablement exposés dans le chapitre *Hypnotisme* du *Traité des maladies du système nerveux*, de MM, Grasset et Rauzier (pag. 832).

¹ Besse ; De l'hypnotisme thérapeutique. Thèse de Montpellier, 1888.

² Grasset et Rauzier : *Traité des mal. du syst. nerv.*, tom. II, pag. 829.

³ Blocq ; *Traitement de l'hypnotisme*, in *Gazette des Hôpitaux*, 1892.

⁴ Blocq ; *Loc. cit.*

Cette suggestibilité constitue déjà un trouble morbide; or, comme l'hypnotisation a pour premier effet d'exaspérer, temporairement au moins, cette suggestibilité des sujets, elle ne saurait par conséquent être considérée comme un véritable mode de traitement de la maladie hystérique.

Les détracteurs de l'hypnotisme en ont fait ressortir tous les dangers, et nous avons vu que l'hypnotisme a souvent provoqué l'hystérie. Est-ce à dire qu'on doive l'abandonner? puisqu'à première vue et théoriquement il paraît plus nuisible qu'utile.

Mais, si l'on devait bannir de la thérapeutique tous les médicaments dangereux, et ils le sont presque tous, la thérapeutique n'existerait plus. D'autre part, les services rendus sont considérables, et on obtient grâce à lui des cures merveilleuses.

C'est dire qu'on possède dans l'hypnotisme une arme à double tranchant qui ne doit être maniée que par des mains compétentes et pour répondre à des indications bien précises. Il faut, suivant la formule de Blocq « que les inconvénients liés pour un malade à un excès de suggestibilité, ne soient pas comparables à ceux que lui font éprouver certains troubles, tels que l'aphonie, la paralysie, la contracture par exemple, auxquels on a affaire et dont on peut espérer le débarrasser par ce procédé¹ ».

Mais, tous les hystériques sont-ils hypnotisables? Certainement non. L'hypnose n'est pas une fonction de l'hystérie. Elle peut très bien exister chez des gens non hystériques et ne pas exister chez des hystériques avérés.

Babinski², examinant cette question, a groupé les hystériques en plusieurs classes. Il distingue :

1° Ceux qui ne sont pas susceptibles d'être hypnotisés, et leur nombre est grand, quelle que soit la patience qu'on y mette et le procédé dont on se serve.

¹ Blocq; *Loc. cit.*

² Babinski; Rôle de l'hypnotisme en thérapeutique. Leçon faite à la Salpêtrière, le 23 juin 1891.

2° Ceux qui peuvent être hypnotisés. Parmi ceux-ci, il est nécessaire de faire des subdivisions.

- a) Chez les uns, l'hypnotisme n'amène aucune amélioration.
- b) Chez d'autres, on obtient une amélioration très légère.
- c) Chez d'autres enfin, la guérison est obtenue sur le coup et à la première séance, mais n'est que provisoire.
- d) L'amélioration est très peu accusée, mais augmente à chaque séance pour aboutir à une guérison définitive.
- e) La guérison s'obtient rapidement, parfois même instantanément et reste définitive.

Suivent des observations pour chaque cas en particulier. Tels sont les résultats que l'on peut obtenir par l'hypnotisme dans l'hystérie.

Peut-on prévoir les cas dans lesquels on aura par l'hypnotisme une action réellement curative et ceux où l'on n'obtiendra rien du tout ? Existe-t-il certains signes permettant, après examen attentif d'un malade donné, de préjuger à quelle subdivision de la gamme que nous venons de passer en revue correspondra le résultat obtenu ? Nous ne le croyons pas ; trop d'inconnues interviennent dans la thérapeutique par l'hypnotisme pour qu'il soit possible de le prévoir. La variété de l'affection, sa durée, les susceptibilités individuelles, l'intensité plus ou moins grande de l'hypnose, entrent en ligne de compte.

Tout ce qu'on peut dire, c'est que les manifestations localisées de l'hystérie, ou les accidents qui surviennent après les grandes attaques (l'aphasie, les céphalalgies, les vomissements) sont celles qui en général résistent le moins à l'hypnotisme. Et encore les succès ne sont pas rares ; d'autre part, Babinsky cite un cas d'impotence absolue des membres inférieurs chez un enfant qui fut guéri en une seule séance.

Quelles sont donc les indications de l'hypnotisme dans l'hystérie ? Nous avons déjà parlé de la formule générale de Blocq qui pourrait à la rigueur suffire pour guider le médecin en matière d'hypnotisation. Il nous paraît utile d'insister un peu plus.

Dans l'hystérie latente, il est de toute évidence, après ce que nous avons dit plus haut, que les tentatives d'hypnotisation sont absolument contre-indiquées : Se proposer de prévenir de la sorte l'apparition de la névrose, serait un des meilleurs moyens de la faire au contraire survenir.

Dans les formes légères, l'abstention est encore à conseiller. Il serait à craindre que l'hypnotisme, au lieu de diminuer les attaques, ne les rendit au contraire plus fréquentes et n'exagérât l'état nerveux.

Dans les formes graves, la suggestion hypnotique est à essayer concurremment à l'isolement et à l'hydrothérapie. C'est ici que se trouve son indication la plus formelle ; grâce à elle on pourra le plus souvent dissiper ces accidents consécutifs aux grandes attaques, parfois si difficiles à supprimer et en tout cas très pénibles pour le malade.

Dans les formes mono-symptomatiques, où tous les moyens de traitement comptent des succès et où aussi tous échouent, l'hypnotisme mérite de venir à son rang thérapeutique, mais sans trop d'optimisme sur le résultat. Il en sera de même dans les attaques que ni la compression des zones hystérogènes, ni la suggestion verbale ne pourront enrayer.

Mais, avant de se livrer à des pratiques d'hypnotisme, il est certaines précautions que l'on ne doit pas négliger de prendre. Pitres les a réunies sous forme de trois propositions ¹.

1° « Il ne faut en aucun cas endormir un malade sans avoir obtenu au préalable son consentement ». On pourrait, quoique ce ne soit pas aisé, l'endormir en surprenant sa bonne foi, mais

¹ Pitres ; Leçons cliniques sur l'hystérie, tom. II, pag. 63.

fût-ce pour une indication formelle, le praticien ne doit pas agir ainsi. L'autorisation du malade doit être pleine et entière et, mieux, spontanée ; on cause à un tiers devant lui pour qu'il en ait la première idée.

2° «S'il s'agit d'une femme, il ne faut jamais l'hypnotiser sans témoins ».

3° «Il ne faut jamais donner aux malades que des suggestions utiles à leur guérison ». Les tentatives non exclusivement thérapeutiques, quelque intérêt scientifique qu'elles puissent avoir, doivent être rejetées.

A côté du grand hypnotisme le petit hypnotisme, c'est-à-dire la suggestion à l'état de veille, mérite de trouver place dans le traitement psychique de l'hystérie. La suggestion est un excellent moyen thérapeutique ; elle ne présente pas les dangers de la grande hypnose et peut toujours être mise en œuvre sans inconvénients.

Les succès obtenus sont tout aussi nombreux. Il suffit, comme nous l'avons souvent vu faire à Montpellier, de tenir devant un hystérique des propos que l'on sait propres à l'impressionner sans s'adresser directement à lui, pour voir souvent disparaître certaines manifestations de la névrose, des paralysies, des insomnies, des vomissements, etc, etc.

On a enfin proposé un traitement chirurgical de l'hystérie, nous en ferons le sujet de notre dernier chapitre.

En résumé, un traitement rationnel de l'hystérie doit comprendre trois ordres d'indications et essayer de les remplir ¹.

1° «Il y a le fait actuel, le symptôme présent, constaté chez l'hystérique. Ainsi les esthésiogènes, les inhalations d'éther la compression de l'ovaire, etc., etc., sont des moyens de combattre

¹ Grasset et Rauzier ; *Loc. cit.*, pag. 323.

certaines manifestations de l'hystérie assez importantes pour faire indication.

2° » Il y a l'état du système nerveux qui réalise les phénomènes hystériques convulsifs, et qu'il faut modifier à tout prix. On ne comptera guère sur les bromures (trop employés dans l'hystérie); mais on se trouvera fort bien de l'hydrothérapie (souvent avec changement de milieu) et de l'électrothérapie (courants continus et surtout électricité statique) ».

3° » Enfin il y a la diathèse, la maladie générale qui est derrière. C'est ici que, suivant les cas, les arsénicaux, les sulfureux, les alcalins, les chlorures d'or et de sodium, les eaux minérales, etc. devront être prescrits et feront la base du traitement fondamental et chronique ».

CHAPITRE III.

Aperçu clinique et critique du Traitement chirurgical de l'Hystérie.

Dans la multitude des médications proposées contre l'hystérie, il eût été bien étrange que la chirurgie ne soit pas intervenue pour proposer quelque moyen plus ou moins radical ; et, de fait, toutes les tentatives ont été faites ; soit qu'il s'agisse de vaincre des contractures, de supprimer des zones hystérogènes, d'enlever des ovaires, etc. . .

A une époque où l'hystérie était encore peu connue, où l'on en faisait une fonction de l'appareil génital en entier ou des ovaires en particulier, l'intervention chirurgicale était logique ; mais aujourd'hui, avec les nouvelles théories ayant cours sur la névrose, le rôle de la chirurgie nous paraît bien restreint.

Quelles sont les indications que la chirurgie peut remplir, que doit-on attendre d'elle, c'est ce que nous nous proposons d'examiner dans ce dernier chapitre.

Nous parlerons en premier lieu des opérations qui ont été proposées en dehors de la sphère génitale, et, en second lieu, nous étudierons les opérations portant sur les organes génitaux eux-mêmes et la castration en particulier.

I.

a). Opérations portées sur le crâne.

Supposons, dit Guinon ¹, un individu ayant reçu, il y a quelque temps, un coup sur le crâne, à la suite duquel il vient un beau jour consulter pour des attaques de nerfs. — Son bras et sa jambe se raidissent, sa langue tourne dans sa bouche, puis un membre est agité de secousses violentes. — Nous avons déjà vu que les traumatismes, quels qu'ils soient, peuvent provoquer l'hystérie; mais, devant un cas semblable, on est en droit de se demander s'il ne s'agit pas « d'attaques d'épilepsie partielle dues à une méningo-encéphalite localisée », susceptible de guérir par trépanation (les faits de ce genre sont communs aujourd'hui), ou d'attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle.

Mais supposons qu'il s'agisse d'hystérie; les stigmates ordinaires de la névrose existent et le diagnostic est certain.

Faudra-t-il trépaner tout de même? Evidemment non. On peut être certain d'avance de ne tomber sur aucun foyer; ce serait faire courir au malade les risques d'une opération en pure perte. C'est dire que les cas d'hystérie traumatique provoqués par des traumatismes sur le crâne ne sont pas du ressort de la clinique.

Il en sera de même pour les cas de monoplégie hystéro-traumatique, que le traumatisme ait porté sur le crâne ou sur tout autre endroit. Une fois le diagnostic fait, et il est toujours possible de le faire par un examen complet et approfondi, tenter une opération chirurgicale dans un but de guérison serait s'exposer à un acte opératoire inutile.

¹ Guinon; De l'hystérie et de ses rapports avec la Chirurgie. Revue de Chirurgie, 1888.

b). Application des moyens chirurgicaux contre les affections hystériques des grandes jointures et la coxalgie hystérique en particulier.

Ici le diagnostic est parfois extrêmement difficile à faire : presque tous les signes peuvent être communs et il peut très bien se faire en outre qu'un hystérique soit atteint de coxalgie tuberculeuse ou un bacillaire de coxalgie hystérique. Ces cas hybrides ne sont pas rares. Tuberculose et hystérie vont très bien ensemble, et M. le professeur Grasset a nettement montré l'importance de cette diathèse comme fond de l'hystérie. Mais supposons encore que le diagnostic soit fait : il s'agit d'une manifestation hystérique.

Devra-t-on essayer des appareils inamovibles, extension, ténotomie, etc. ? L'accord n'est pas encore absolument fait et certains auteurs, Tœlcken en particulier, sont partisans de ces moyens.

« Malgré les cas favorables de M. Tœlcken, je continue à me méfier du bandage inamovible dans les cas de ce genre. Les observations démontrent seulement que ce mode de traitement n'est pas toujours aussi pernicieux qu'il l'est à coup sûr dans beaucoup de cas. Je dirai, d'après mon expérience personnelle dans la généralité des cas¹ ».

c). Dans les contractures hystériques permanentes qui pourraient quelquefois en imposer pour une affection articulaire s'accompagnant d'ankylose ou de rétractions musculaires et tendineuses, les mêmes considérations sont applicables. L'expérience a démontré que les « procédés chirurgicaux étaient plus nuisibles qu'utiles : ils entretenaient et exagéraient même les contractures, plutôt qu'ils ne les faisaient disparaître. » — Cependant « c'est surtout pour les contractures anciennes avec production de tissu fibreux, et aussi pour les monoplégies persistantes

¹ Charcot ; Clinique des Maladies du système nerveux. Paris, 1892, pag. 113.

compliquées de troubles trophiques graves, que la question de l'intervention chirurgicale peut se poser et mérite d'être discutée¹ ».

Ces contractures peuvent durer des années; mais, tant que l'élément spasmodique est seul en jeu (ce dont on se rendra facilement compte sous le chloroforme), la guérison peut survenir par les moyens dirigés contre l'hystérie en général: elle peut même survenir brusquement sous l'influence d'une vive émotion morale ou à la suite d'une attaque. Nous avons rapporté quelques faits de ce genre au début de notre travail.

Ce n'est que lorsque l'élément spasmodique aura complètement disparu, lorsque l'attitude vicieuse sera reconnue sous la dépendance de rétractions fibreuses, que la chirurgie pourra corriger avec succès les déformations persistantes. L'exemple classique rapporté par Dechambre² de la contracture survenue chez le roi Charles IX à la suite d'une saignée et guérie par une incision au niveau de la cicatrice et les cas analogues rapportés par Bégué³ et « mis bien à tort, selon Guinon, sur le compte de la déchirure des nerfs », pourraient pousser à inciser des tissus rétractés pour guérir une contracture ancienne. Cette phrase de Blocq⁴ peut servir de règle de conduite dans presque tous les cas.

« Il ne peut être question de traitement chirurgical qu'alors qu'il s'agit de ces rétractions qui succèdent aux contractures spasmodiques⁵ ».

¹ P. Blocq; Des contractures. Thèse de Paris, 1888.

² Dechambre; Dict. encycl. des Sc. méd., art. Contracture.

³ Bégué; Du spasme traumatique consécutif aux déchirures incomplètes des nerfs. Thèse de Paris, 1885.

⁴ Loc. cit.

⁵ Voir à ce sujet: Charcot; Bulletin médical, 23 mars 1887. — P. Blocq; Rétractions fibro-tendineuses compliquant la contracture spasmodique. — Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1888, tom. II, n° 1, pag. 28. — Terrillon; De l'intervention chirurgicale de certains cas de rétraction musculaire succédant à la contraction spasmodique. *Id.*, 1888, n° 4. — *Id.*, 1891, n° 4, pag. 249.

d). Peut-on prétendre guérir l'hystérie lorsque l'intervention chirurgicale porte sur des zones hystérogènes survenues fortuitement ou à la suite d'accidents ? Il y a des faits pour et aussi des faits contre.

Raynaud¹ rapporte un cas dans lequel il s'agit d'une hystérie traumatique développée à la suite d'un coup de pied au sein. Il se forma deux petites tumeurs au niveau du point frappé. Ces petites tumeurs jouaient le rôle des zones hystérogènes : On en enleva une, et les attaques furent supprimées.

D'autre part, un des malades de Charcot portait au creux poplité un kyste dont la pression voulue ou accidentelle provoquait une attaque. Il se fit opérer ; son point hystérogène disparut, mais il resta bel et bien hystérique comme avant.

Lorsqu'il s'agit de tumeurs, qui par la gêne qu'elles provoquent au malade ou par elles-mêmes constituent une indication d'une intervention sanglante, il n'y a pas d'inconvénient à les enlever, qu'elles constituent une zone hystérogène ou non. On peut avoir l'espoir (souvent déçu, il est vrai), de supprimer en même temps une zone hystérique, mais non de guérir l'hystérie. La manifestation hystérique peut être guérie, mais le fond reste le même.

Il serait absolument chimérique et même dangereux de poursuivre les zones hystérogènes ? On risquerait d'être entraîné bien loin et de faire des opérations nombreuses et variées. « Attaquer la douleur d'origine hystérique en un point quelconque, c'est attaquer une manifestation d'une maladie qui ne demande qu'à avoir une localisation différente² ».

En aucune façon, il ne faudrait voir là un traitement systématique de l'hystérie ; d'ailleurs, celle-ci peut fort bien exister sans zones hystérogènes. En outre, les interventions chirurgicales sont

¹ Archives de Médecine, 1829.

² Progrès médical, 1885.

³ Pichevin ; Abus de la castration chez la femme. Thèse de Paris, 1889.

parfaitement capables d'exagérer la névrose et de créer des manifestations nouvelles.

« D'une façon générale, on peut donc dire que chez les hystériques le chirurgien n'aura guère à intervenir que pour débarrasser le malade des reliquats d'une manifestation éteinte déjà, mais ayant laissé quelque chose derrière elle. A la manifestation elle-même il ne devra jamais toucher, ni pour la pallier, ni pour la supprimer, soit en s'attaquant à elle-même, soit en faisant disparaître la partie atteinte d'hystérie locale, quelle que soit la durée ou la gravité de celle-ci ¹ ».

II.

Voyons maintenant les opérations chirurgicales, portant sur les organes génitaux, qui ont été proposées pour guérir l'hystérie elle-même. Nous ne citons la clitoridectomie ² et les cautérisations du clitoris que pour être complet.

Ces tentatives ont été vite abandonnées. — Il n'en est pas de même de l'ovariotomie. Elle a compté de nombreux adeptes, et les travaux parus sur la question, pour ne citer que les thèses de Tissier, Magnin, Pichevin, Castagné, les discussions de la Société de Chirurgie, relatent un assez grand nombre de faits pour qu'il soit permis de se faire une opinion.

Nous n'entrerons pas dans l'historique de la question, on le trouvera tout au long, et bien mieux fait que nous ne pourrions la faire, dans les thèses dont nous venons de parler.

Depuis la vulgarisation de l'ovariotomie normale d'Hégar et de Battey, qui consiste à enlever les ovaires sains ou à peine altérés dans un but thérapeutique et en particulier dans les troubles nerveux de l'hystérie, les résultats vraiment merveilleux de la chi-

¹ Guinon ; *Loc. cit.*

² Friedreich ; *Zur Behandlung der hystérie Virchows Archives*, pag. 90.

rurgie abdominale, grâce aux méthodes antiseptiques et aseptiques, ont poussé certains chirurgiens, surtout à l'étranger, à enlever les ovaires pour des raisons parfois insuffisantes et quelquefois futiles: « Pour amener la ménopause, pour provoquer un changement de vie, pour faire quelque chose »¹.

Le traitement chirurgical de l'hystérie par la castration bénéficia largement de cet engouement; il était chose courante il y a quelques années à peine.

Quelles étaient les raisons qui poussaient ainsi les chirurgiens à châtrer à outrance?

Il s'était produit une réaction en faveur de la théorie utéro-ovarienne: « à force de regarder du côté des organes génitaux, les chirurgiens ont cru pouvoir faire dériver, dans beaucoup de cas, la cause de l'hystérie d'une altération de ces organes, et de là à conclure que pour guérir l'hystérie, il suffirait d'enlever l'utérus, les trompes ou les ovaires, il n'y avait qu'un pas »².

La fréquence de l'ovalgie, et l'autorité de Charcot, qui faisait de l'ovaire le siège unique de la douleur iliaque, conduisirent à admettre que l'ovaire est le siège de la névrose. « L'ovaire étant le siège des douleurs et sa compression amenant la cessation des attaques, ne pouvait-on pas, ne devait-on pas même l'enlever pour supprimer les phénomènes convulsifs? *Sublata causa tollitur effectus* ».

L'erreur a été de s'en prendre à un organe qui n'était nullement la cause des accidents et de se laisser guider par une indication essentiellement abusive, chez les hystériques surtout, par la douleur.

Le but poursuivi par la castration fut aussi la provocation d'une ménopause artificielle anticipée. La vie génitale prenait fin,

¹ Pichevin; *Loc. cit.*

² Castagné; De l'ablation des annexes de l'utérus dans l'hystérie. Thèse de Montpellier, 1891.

et, non seulement la vie génitale, mais l'ensemble des troubles que l'on rapportait à son fonctionnement. Enfin, pour mieux légitimer l'opération, on décida qu'à côté de l'hystérie proprement dite, il existait une hystérie génitale. « Entre autres modalités hystériques, il y a très nettement la variété ovarienne ou génitale qui n'avait pas échappé aux anciens auteurs et s'était imposée au détriment des autres formes. L'hystérie génitale, sur les caractères de laquelle insiste Péan ¹, n'est pas héréditaire ; elle n'apparaît pas dès le jeune âge, mais survient en même temps que les troubles utérins ou péri-utérins se constituent à la suite d'un accouchement difficile, d'une fatigue génitale, d'une vaginite blennorrhagique. On n'y remarque pas le caprice et la mobilité de l'hystérie commune. C'est une maladie épuisante qui amaigrit et alanguit les femmes et se termine par la tuberculose ou d'autres fois par le suicide ² ». Comment reconnaître cette hystérie ? Tissier avoue lui-même que « la difficulté est l'impossibilité presque absolue de distinguer l'hystérie génitale tant elle ressemble à l'hystérie essentielle » ³.

Nous savons aujourd'hui quelle idée on doit se faire de l'hystérie. Ni les ovaires, ni l'utérus ne la produisent. Ce n'est pas des organes génitaux, mais du système nerveux qu'il s'agit.

Les idées théoriques dont nous venons de parler, ne justifient donc pas l'opération. Voyons si la pratique a été plus heureuse.

Quels ont été les résultats de la castration appliquée au traitement de l'hystérie ?

Nous empruntons les détails qui vont suivre à la remarquable thèse de Pichevin sur les abus de la castration chez la femme.

¹ Péan ; Leçon clinique chirurgicale.

² Pichevin ; *Loc. cit.*, pag. 81.

³ Tissier ; *Loc. cit.*

Voici le résumé des faits :

Gaillard Thomas¹ cite cinq cas de castration double pour combattre des accidents hystériques, avec localisation dans les ovaires. Il note deux morts. Des trois femmes qui survécurent, deux n'ont retiré aucun bénéfice de l'opération, une seule des malades obtint un avantage appréciable de l'intervention.

M. Verneuil a rapporté deux faits² : le premier a trait à une femme robuste, chez laquelle apparut une névralgie utérine, à la suite d'une chute de cheval. Les douleurs s'aggravèrent sous l'influence de cautérisation du col. La castration fit disparaître et d'une manière complète les douleurs : 10 jours après, elles revinrent aussi intenses.

Sims³ a opéré une femme chez laquelle la menstruation était insuffisante, irrégulière et douloureuse. Les convulsions ont persisté.

Burkart⁴ a traité des femmes qui souffraient particulièrement des ovaires et de l'utérus, il n'a obtenu aucun bénéfice permanent.

Forel⁵ a suivi une malade opérée par Haffter. La castration n'a fait disparaître que quelques phénomènes hystériques (toux, troubles de la sensibilité). A la suite d'une colère, la toux aboyante a reparu.

Lée⁶ cite un fait de Polk (femme atteinte de mélancolie, d'hystérie, etc.) Ce ne fut pas une guérison.

Chambers⁷ parle d'un succès douteux (il est vrai qu'un seul ovaire avait été enlevé).

¹ Gaillard Thomas ; Traitement clinique des maladies des femmes, traduction Lutaud, 1879, pag. 717.

² Verneuil ; Bulletin et mémoire de la Société de Chirurgie, 1886, pag. 607.

³ Progrès médical, 1881, pag. 261.

⁴ Berliner klin. Wochenschrift, 1887, n° 4547 et The American Journal of med. Scienc. Philadelphie, 1883, pag. 548.

⁵ Corr. Bl. f. Schw. Aerzte, 1^{er} septembre 1886.

⁶ The American Journal of obstét., 1887, pag. 732.

⁷ *Id.*, *ibid.*

Van der Verr¹ raconte l'histoire d'une femme de 33 ans opérée par L. Tait. L'hystérie a persisté et durait l'année suivante.

Prochownick² opéra une malade qui avait de l'irritation spinale, de la paralysie de l'extrémité interne gauche, de la paresse et de l'anesthésie. Le résultat fut bon pendant les premiers jours, mais bientôt il se produisit une hernie ombilicale, et les premiers symptômes firent leur réapparition. Dans un deuxième exemple, cet auteur montre les résultats heureux de la castration pendant 7 mois : bientôt les phénomènes nerveux reviennent et nécessitent une deuxième opération. Il y eut une régression pendant 9 mois, puis recrudescence des symptômes et constatation d'un kyste de l'ovaire. Le troisième cas est instructif : la castration fut suivie d'un bon résultat pendant 9 mois, mais les premiers symptômes reparurent de nouveau.

Landau et Remark³ rapportent un fait d'hystérie grave avec hémianesthésie : l'extirpation de l'ovaire n'apporta aucune amélioration.

Menzel⁴ mentionne une castration pour hystérie : la guérison fut lente. Pendant la convalescence la malade se plaignit de coccygodinie, on procéda à l'extirpation du coccyx. Disparition des douleurs après une cure d'hydrothérapie l'année suivante, enfin guérison définitive dans le cours de la deuxième année.

Lippmann⁵ fit l'ablation des ovaires le 8 février 1883. Les accès d'hystérie persistèrent jusqu'au 24 novembre 1885. La malade fut traitée par les bromures de potassium et d'ammonium. Les accès ont cessé depuis cette époque.

Rieskley a vu les douleurs et les crises nerveuses augmenter après l'opération.

¹ *The Americ. Journ.*, mai 1887. Repert. univ. obstét. 1887, pag. 566.

² Arch. of gyn. xxix. The American Journal of obst., 1887, pag. 78.

³ Archives de Tocologie, 1884, pag. 356.

⁴ Arch. of gynecol. Berlin, 1887, pag. 57.

⁵ Arch. of gynecol. Berlin, 1885, pag. 58.

La statistique de Battey, « pour l'opération de Battey », porte sur 54 cas : 10 fois pour oophoro-épilepsie et 40 fois pour ovarite chronique.

Dans les 4 autres cas, il s'agit d'une occlusion des voies génitales, d'une manie, d'une nymphomanie, d'un fibro-myome.

Malades guéries.....	33
— très améliorées.....	8
— peu améliorées.....	5
— non améliorées.....	8

Mais, parmi les guérisons complètes, il en est qui ne peuvent être considérées comme telles.

La malade de l'observation VII (oophoro-épilepsie) alla bien 6 mois, puis revinrent des douleurs pelviennes qui persistent encore (à déduire des guérisons).

L'observation XXI est aussi à déduire, il s'agit d'épilepsie.

La XXXI^e n'est pas entièrement débarrassée de tous les phénomènes pathologiques.

La XXXV^e est considérée comme guérie, mais meurt, deux ans après, d'une maladie « obscure » du cerveau.

La XLIV^e (ovarite chronique) se plaint de douleurs du dos de temps à autre et a de la distension flatulente des intestins.

Les numéros XLIX et LI avaient encore quelques troubles. De sorte que le nombre des guérisons diminue notablement.

Parmi les huit améliorées :

La XII^e est débarrassée de la nymphomanie, mais est restée ennuyeuse, et a un désir morbide de sympathie et de notoriété avec quelques idées de persécution.

La XIX^e (ovarite chronique) a des hémorrhagies ; elle souffre beaucoup, mais moins qu'avant l'opération.

La xxxix^e (ovarite chronique) souffre encore, mais, dit Battey, c'est une névropathe qui sera toujours une malade chronique.

La xi^e (oophoro-épilepsie inscrite dans les guérisons) a par moments des symptômes menaçants de spasme. Elle a des sensations d'engourdissement avec difficulté de se rappeler certaines choses.

La xxiii^e, comptée comme guérie, vit cesser son épilepsie en 1883, mais en 1887, elle eut une attaque d'hystérie d'une extrême violence et d'une durée de quatre jours, malgré une médication très active. A la suite de cette attaque, elle devint bizarre, incohérente et finit enfin par mourir.

La xxvii^e (ovarite chronique) est-elle complètement guérie ? Elle a souvent des bouffées de chaleur et des palpitations. Elle se lève de son lit pour respirer librement ; par moments elle est très nerveuse.

La xli^e, bon espoir d'une entière guérison.

La xvl^e souffre moins localement, mais reste encore une hystérique.

La lxvii^e (ovarite chronique) trois mois après l'opération était en bonne voie de guérison, puis des douleurs pelviennes reviennent ; grandement améliorée.

« Il est inutile d'insister davantage sur ces guérisons complètes et sur les grandes améliorations obtenues. La simple lecture des trop courtes observations publiées par l'auteur démontre que des réserves doivent être formulées sur des statistiques qui peuvent induire en erreur¹ ».

Tissier² rapporte, pag. 106 et suivantes, plusieurs statistiques d'opérations de Battey ; mais, comme nous ne savons pas quelles sont parmi ces opérations celles qui ont été faites pour l'hystérie, nous ne les reproduisons pas ici.

¹ Pichevin ; *Loc. cit.*

² Tissier ; *Loc. cit.*

Nous ne prendrons de la thèse de Tissier que les faits suivants (pag. 116). Pulmann, Jacobi et Wendt ont vu beaucoup d'opérations faites dans les cas d'hystérie ou de crises hystériques sans le moindre succès (pag. 118). Hémiplégie hystérique guérie par castration (Extrait de *The Western Lancet* de San Francisco, janvier 1884, par C. Von Hoffmann.

A remarquer que la malade n'a été suivie que du 28 octobre au 18 décembre.

Magnin¹ accumule 67 observations d'ovariotomie double, prises au hasard dans la littérature médicale et se subdivisant ainsi :

A. 16 pour accidents nerveux généraux qui donnent une mort. Deux améliorations, 13 guérisons.

A remarquer que le résultat éloigné n'est pas enregistré dans trois observations.

B. 25 pour accidents hystériques légers.

La cause de l'opération a été 20 fois : les douleurs ovariennes intenses se montrant chez les malades au moment des règles. Deux cas de douleurs généralisées et trois cas d'accidents hystériques sans douleur.

Magnin fait remarquer qu'il n'existe qu'une seule observation, celle de M. Terrier, où les troubles de la sensibilité générale et spéciale aient été notés avant l'opération.

Ces 25 opérations ont donné : 2 cas de mort, 23 succès opératoires, avec guérison immédiate des accidents dans 15 observations. Amélioration dans 5 et non réussite dans 3.

Résultat éloigné. — 16 malades ont été examinées ultérieurement, à des époques variant de quatre mois, dix mois, à un et cinq ans. Chez 11 d'entre elles, les douleurs et les accidents ont complètement disparu ; chez 4, l'on constate l'amélioration ; chez l'autre, les conditions pathologiques n'ont pas été modifiées.

¹ Magnin ; De la castration chez la femme comme moyen curatif des troubles nerveux. Thèse de Paris, 1886.

C. *Accidents hystériques graves.* — 26 observations.

Les douleurs ovariennes au moment des règles existent 21 fois. Ce sont elles qui provoquent les accidents hystériques. Ceux-ci n'existent sans elles que dans les observations v, vi, xviii, xxi et xxii. L'examen de la sensibilité n'a été fait que dans 3 observations, et encore n'est-il complet que dans la première observation.

L'indication : ovaires sains, ne se trouve que dans la xvii^e observation, où la guérison est notée et la xx^e, où une amélioration marquée est indiquée.

Résultat éloigné : 15 guérisons, 4 améliorations, 2 *statu quo*, 1 aggravation sur 22 malades qui ont été revues.

Magnin conclut : « La castration comme moyen curatif des troubles nerveux donne de brillants résultats : les guérisons définitives sont très nombreuses ; une modification favorable des phénomènes pathologiques est obtenue fréquemment, les insuccès sont rares. »

Sa thèse paraît donc favorable à première vue au traitement chirurgical de l'hystérie. Les cas de guérison y sont nombreux ; mais, en somme, dans les 67 observations réunies dans ce travail, il ne s'agit que de deux ovariectomies normales ; et, de ces deux opérations de Battey, la malade qui fait le sujet de l'observation xvii, pag. 87, qui date de 79, « avait vu ses accidents augmenter à la suite d'une blessure au genou gauche ; elle fut prise alors de trismus et de coma, rappelant les accidents du tétanos traumatique, puis des troubles du larynx et des phénomènes analogues à ceux qui caractérisent le début d'une paralysie progressive vinrent s'y ajouter. L'excision de la cicatrice, puis un traitement gynécologique local ne donnèrent aucun résultat ; au contraire, les accidents augmentèrent d'intensité. La compression de l'ovaire gauche produisait de suite un coma, semblable à celui de l'épilepsie. Des douleurs violentes survinrent dans le côté gauche, du trismus, des troubles de la parole et des métrorrhagies considé-

rables. Tous les essais thérapeutiques n'aboutirent à rien, l'état de la malade s'aggrava même par des vomissements sanguins.

Une castration fut tentée contre ces métrorrhagies incoercibles, et la guérison survint.

S'agissait-il bien là d'hystérie pure ?

La guérison s'est-elle maintenue ?

Il n'est pas indiqué que la malade ait été suivie plus d'un mois. Dans la seconde opération de Batley (la xx^e), la malade n'a retiré qu'une amélioration sensible de l'intervention chirurgicale. Elle avait vu reparaître ses crises, atténuées il est vrai, et avait été soumise aux différents traitements dirigés contre l'hystérie en général. Il est dès lors permis de se demander si cette amélioration ne peut pas être attribuée aux autres traitements suivis par la malade.

A part ces deux observations, la castration a toujours été faite : soit pour des douleurs ovariennes intenses, avec exacerbation menstruelle provoquant l'apparition des troubles nerveux, soit pour des accidents nerveux en corrélation directe avec une altération pathologique des organes génitaux.

Il résulte de tout ce que nous venons de voir que beaucoup des prétendues guérisons obtenues dans l'hystérie par l'ablation des ovaires, sont susceptibles d'être interprétées d'une façon différente, et que l'on peut se demander, dans bien des cas, si elles sont bien réelles. Ainsi, dans les cas de dysménorrhée nerveuse avec douleurs ovariennes accompagnées de crises convulsives, les ovaires, une fois enlevés, les douleurs cessent parfois parce qu'on a supprimé leur siège ; les crises convulsives n'existent plus parce qu'on a supprimé leur point de départ. Les phénomènes nerveux qui ont indiqué l'opération disparaissent, et l'on dit guérison.

Mais s'ensuit-il que l'on ait obtenu la disparition complète de la névrose ? — De ce que l'on a supprimé ou guéri l'une de

ses manifestations, peut-on affirmer avoir guéri l'hystérie elle-même.

« Disparition d'une hémiplégie et guérison de la névrose sont deux choses bien différentes. Ainsi posée, la question devient beaucoup plus restreinte et pourrait se formuler ainsi : De l'indication de la castration ovarienne pour la guérison de certains symptômes hystériques. C'est tout autre chose que si l'on disait : pour la guérison de l'hystérie '».

En outre, pour pouvoir attribuer à la castration la guérison d'accidents hystériques, il faudrait qu'elle seule eût été mise en œuvre, qu'on ne lui ait point adjoint comme on le fait presque toujours (avec beaucoup de raison cependant) les différents traitements dirigés en général contre l'hystérie. De plus, pour déclarer guérie une hystérique il faut pouvoir la suivre plusieurs années après sa guérison.

La plupart du temps, les observations sont publiées trop hâtivement. Les cas sont nombreux où les symptômes, après avoir disparu, ont fait leur réapparition, ou même d'autres se sont surajoutés. Si l'on compulse les 45 observations de la thèse de Martin², et les 136 cas de la thèse de Pinesse³, qui tous deux étudient les résultats éloignés de la castration, on voit que la plupart des opérées présentent des phénomènes nerveux. Des bizarreries de caractère, des crises de larmes ou un fou-rire sans motifs, une susceptibilité exagérée. Beaucoup deviennent irascibles, impatientes, agacées pour un rien ; certaines ont même jusqu'à des crises nerveuses, telles que les n^{os} 17, 20 ; la 30 a même des contractures des deux mains ; et cependant il ne s'agit pas ici d'hystériques ; sauf une, le n^o 85, qui était hystérique avant

¹ Guinon ; *loc. cit.*

² Résultats éloignés de l'ablation des annexes utérines par la laparotomie pour tubo-ovarites. Thèse de Paris, 1894.

³ Résultats éloignés de l'ablation bilatérale des annexes par laparotomie pour salpingo-ovarites. Thèse de Paris, 1884.

l'opération, et le devint d'avantage après. Il serait donc au moins étrange de prétendre que la castration, qui développe des phénomènes nerveux chez presque toutes les femmes, et parfois même l'hystérie chez les prédisposées, mit à l'abri de manifestations semblables des femmes reconnues d'avance pour hystériques avérées. En réalité, nous voyons que, chez les hystériques châtrées, les troubles nerveux persistent le plus souvent ; ils disparaissent dans quelques cas, mais dans la majorité des cas ils sont aggravés.

Il serait trop long et même impossible (tous n'ayant pas été publiés) de réunir, comme nous avons essayé de le faire pour les guérisons, tous les cas dans lesquels l'ablation des ovaires a aggravé l'hystérie déjà existante, ou n'a rien produit, ou n'a donné qu'une amélioration passagère ; on en trouvera quelques-uns et des plus typiques dans l'excellente thèse de Castagné.

Somme toute, le résultat le plus habituel de l'ablation des annexes dans le traitement de l'hystérie consiste dans une aggravation des phénomènes nerveux préexistants.

Cependant, il subsiste de nombreux cas de guérison complète et vraie de l'hystérie à la suite de l'ablation des ovaires. On les trouve relatés pour la plupart dans les thèses de Tissier, Magnin, Castagné. Nous avons essayé de montrer qu'on pouvait en discuter beaucoup, mais il en reste encore un grand nombre qu'on ne saurait nier.

Comment les expliquer ?

Faut-il voir dans ces guérisons une simple coïncidence de la disparition de la névrose, qui serait peut-être survenue sans l'opération, ou faut-il réellement attribuer les succès obtenus à la castration elle-même ?

Aucune de ces deux hypothèses ne saurait nous satisfaire. La première est absolument gratuite, et ne repose sur rien de fondé. Il nous est impossible d'accepter la seconde pour toutes les rai-

sons que nous avons successivement développées dans le courant de notre travail.

Nous pensons, avec Guinon, que tous ces cas sont susceptibles d'une autre explication plus rationnelle et qui n'est nullement en désaccord avec tout ce qu'on sait aujourd'hui sur l'hystérie.

« Ce n'est pas tant l'extraction des glandes qui guérit l'hystérie que l'opération elle-même, le shock traumatique, l'émotion, l'attente de l'intervention chirurgicale et le désir de guérir à l'aide d'une tentative désespérée ». Toutes ces causes interviennent certainement, et nous n'hésitons pas à leur attribuer les bons résultats obtenus. Ne savons-nous pas que, si les émotions morales vives, le shock nerveux, etc..., sont des agents provocateurs indiscutables de la névrose, ces mêmes agents peuvent amener la disparition de certaines manifestations hystériques. Quelle est du reste l'opportunité de l'intervention chirurgicale ?

» On ne saurait, écrit Tarnier dans la préface du *Traité de Kalténbach et de Hégar*, user de trop de prudence et de trop de réserve; j'en donnerai un exemple. Une jeune femme hystérique et paraplégique ressentait de très vives douleurs dans les régions ovariennes. Tout traitement médical restant inefficace, on lui conseille la castration, elle consulta alors séparément deux chirurgiens, l'un français, l'autre américain, qui tous deux furent d'avis que l'opération était bien indiquée et se déclarèrent prêts à la pratiquer.

« On m'appela en consultation pour savoir si l'on devait faire choix du chirurgien français ou du chirurgien américain. Je conseillai tout simplement, à la malade, de surseoir à l'opération et de suivre un traitement hydrothérapique rigoureux. Heureusement, mes conseils furent écoutés, et cette jeune femme est aujourd'hui bien portante et en possession de ses deux ovaires ».

Verneuil a communiqué un cas semblable en 1886 à la Société

de Chirurgie ¹. Backer, Emmet, Dauchez, Chamberlain ², Goodell ³, Polaillon ⁴, Pajot ⁵, Pichevin (pag. 92), ont rapporté de nombreux exemples dans lesquels les malades ont guéri sans intervention chirurgicale ; soit que cette intervention ait été conseillée par les médecins et refusée par la malade, soit quelle ait été sollicitée par la malade et refusée par les médecins.

Il n'est même pas besoin d'avoir recours à la castration pour obtenir des résultats, en apparence merveilleux, chez des hystériques. Des pessaires, le massage, l'électricité, l'automutilation (une hystérique atteinte d'agitation nerveuse s'arrache la langue, sur laquelle « s'est posé le diable », et guérit), la suggestion elle-même, ont amené des guérisons chez des hystériques chez lesquelles la castration semblait pourtant indiquée.

Les faits de ce genre ne sont pas rares. Gillette, Chamberlain, James Israël, Dawson, etc., ont rapporté des guérisons à la suite de castrations simulées ; mais le cas le plus typique nous paraît être celui de Chiarleoni, que nous allons rapporter.

Observation VIII.

Hystérie guérie par suggestion d'une castration simulée.

CHIARLEONI (*Gazetta degli ospitali. Annal.* Nos 8 et 9, 1888).

Jeune fille, 29 ans, jusqu'à 20 ans bien portante. En 1878, effrayée par un incendie, convulsions, hystérie nette, cessation de la menstruation. Reste au lit pendant huit ans. Tout traitement médical a échoué. Vomissements incoercibles. Etat d'extrême faiblesse et d'excessive maigreur.

¹ Société de Chirurgie, 1886.

² The American Journal of obstet., 1884, pag. 966.

³ *Id.*, 1886, pag. 413.

⁴ Polaillon ; Bull. et mém. de la Soc. obstét. de Paris, 1887, pag. 193.

⁵ Bull. et mém. de la Soc. obstét. et gynécol. de Paris, 1887, pag. 125.

Chiarleoni pense à la castration. Il pourrait bien se faire que, en égard à l'extrême émaciation générale, les ovaires fussent atrophiés, et alors, à quoi bon les enlever !

Chiarleoni, se rappelant des guérisons, pour ainsi dire miraculeuses, des maladies nerveuses, obtenues à l'aide de moyens destinés à frapper le moral des malades et considérant comme sérieuse la guérison obtenue par Bernheim à l'aide de l'hypnotisme, voulut essayer, avant de tenter un traitement radical, une opération suggestive avec l'intention de frapper l'imagination de la malade ; d'autant plus qu'elle était parfaitement convaincue que la castration seule pouvait la guérir et qu'elle réclamait incessamment l'opération depuis plusieurs mois.

Le 30 mai 1887, Chiarleoni chloroformisa la malade et l'examina. Rien à l'utérus ni aux annexes. Incision superficielle de la paroi abdominale, sutures, pansement antiseptique. A peine réveillée, elle peut, pour la première fois, depuis longtemps, étendre les membres inférieurs.

Guérison rapide. Dès le premier jour, les vomissements cessèrent : sommeil pendant toute la nuit, et la malade commença à manger. Le cinquième jour, écoulement sanguin des organes génitaux. Le quinzième jour, elle quitte le lit pendant quelques heures. Elle a engraisé. La menstruation s'établit, et deux mois après l'opération, la malade rentra dans sa famille. Guérison.

Ce cas et ceux d'autres opérateurs démontrent que, chez les opérées de la castration, la guérison peut n'être pas toujours due uniquement à l'ablation des ovaires, mais souvent à l'acte opératoire qui frappe l'imagination des malades, ainsi que le pense Bernheim, et, qu'avant de faire la cure radicale, il serait peut-être bon de tenter une « farce chirurgicale ».

De toute cette longue énumération de faits que nous venons de passer en revue, il ressort clairement, croyons-nous, que la castration n'a guère plus de chance de succès que les médications parfois les plus bizarres.

La castration a eu l'avantage, il est vrai, de s'appuyer sur une théorie qui n'est qu'une simple vue de l'esprit et ne répond pas exactement aux faits, mais ses résultats pratiques sont tout aussi aléatoires que ceux obtenus par ces médications dont nous venons de parler. En tous cas, ils sont bien moins certains que ceux que donne le traitement rationnel, actuellement proposé, de l'hystérie.

En outre, l'oophorectomie reste une opération grave, même avec les précautions antiseptiques d'usage, et on en meurt très bien.

Ce n'est pas enfin un léger inconvénient que de priver la femme de ses ovaires et de l'empêcher de devenir mère. La stérilité qui en résulte mérite bien d'être prise en considération. « Pourquoi l'ovaire n'aurait-il pas droit aux mêmes ménagements que le testicule, que les partisans eux-mêmes de l'opération de Battey dans l'hystérie n'enlèvent jamais ¹ ! » Il serait au moins logique de se comporter avec l'un comme avec l'autre. On a si bien compris l'importance de cette mesure qu'en chirurgie abdominale moderne, on laisse, toutes les fois qu'on le peut, une portion d'ovaire sain, un « ovaire moral » aux femmes jeunes, pour leur conserver la menstruation et l'ovulation. Nous ne parlerons pas des complications de toute nature qui peuvent survenir à la suite de l'ovariotomie ; qu'il nous suffise de rappeler les cas d'hystérie consécutive que nous avons publiés.

Pour toutes les raisons énumérées ci-dessus, nous concluons que l'hystérie n'est que très exceptionnellement justiciable d'un traitement chirurgical. L'opération de Battey « ovariotomie normale » est absolument condamnable, le remède étant infiniment plus grave que le mal. On ne saurait trop blâmer la témérité des opérateurs qui se décident à enlever les ovaires à des femmes, le lendemain, le surlendemain quelquefois même, comme Dawson,

¹ Terrillon et Monod ; Maladies du testicule.

Cushier, Spiedaci quelques heures après les avoir vues. Un examen complet, attentif et minutieux est de toute nécessité.

On ne pourra songer à une intervention sanglante que lorsque on constatera des lésions organiques du côté des organes génitaux. Dans tous les cas, on devra se rappeler que l'hystérie, étant par elle-même une maladie à manifestations multiples et à récédive, on n'est autorisé à enlever les annexes quesi elles sont altérées, si elles jouent vis-à-vis de la névrose le rôle d'une épine l'aiguillonnant sans cesse, l'irritant sans répit et provoquant l'apparition d'accidents graves.

C'est dans ces cas seulement où la maladie pelvienne occupera le premier plan, où elle primera les manifestations névrosiques, que l'indication sera bien nette.

On pourra alors légitimement espérer que la malade retirera un réel bénéfice de son opération, surtout si l'hydrothérapie, etc., etc. est mise concurremment en œuvre. Il ne faudra pas oublier qu'il ne s'agit pas d'une malade comme toutes les autres; sa préparation à l'opération demande beaucoup plus de délicatesse, et sa convalescence doit être spécialement surveillée et soignée médicalement.

CONCLUSIONS

I. — L'hystérie n'est que très exceptionnellement justiciable d'un traitement chirurgical. Les cas d'hystéro-traumatisme eux-mêmes ne sont pas, en principe, tributaires de la chirurgie.

II. — L'opération d'Hégar ou de Battey (ovariotomie normale) nous paraît absolument condamnable. Non seulement l'ablation des ovaires ne guérit que rarement l'hystérie, mais encore elle peut la provoquer chez des femmes prédisposées.

III. — Les cas de guérison, que l'on a pu voir survenir chez quelques hystériques à la suite d'interventions opératoires portant sur les organes génitaux, s'expliquent, à notre avis, soit par la suppression d'une lésion locale qui entretenait la névrose, soit par une simple action suggestive.

IV. — De pareilles interventions nous paraissent donc présenter des indications fort restreintes. Elles ne sont applicables que lorsqu'il existe des lésions pelviennes nettement caractérisées, formellement en rapport avec la névrose et fournissant une note dominante dans le tableau symptomatique.

V. — Quant à l'action suggestive développée par un acte opératoire, elle ne nous paraît point à rechercher, en raison de la gravité de l'acte opératoire et de l'incertitude des résultats.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 16 janvier 1896.

Le Recteur,

A. GÉRARD.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 16 janvier 1896.

Le Doyen,

A. MAIRET.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
